N° 67 25

DYSTOCIE DU COL
EN DEHORS DES TUMEURS

REVUE GÉNÉRALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juillet 1904

PAR

Charles GODLEWSKI

Né à Sorgues (Vaucluse), le 5 Septembre 1878

EXTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1897)
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (Médaille d'argent, Concours 1898)
INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1899)
INTERNE DES ASILES PUBLICS DE L'HÉRAULT (Concours 1900)
INTERNE DES HÔPITAUX D'AVIGNON (Concours 1901)
PROFESSEUR-ADJOINT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE (1901-02-03-04)
MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES (Variole 1903)

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)............... Doyen
TRUC.................... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS E. (✱).
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU Léon, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. LECERCLE.
BROUSSE.
RAUZIER.
MOITESSIER.
DE ROUVILLE.

MM. PUECH.
VALLOIS.
MOURET.
GALAVIELLE.
RAYMOND.

MM. VIRES.
L. IMBERT.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.

M. IZARD, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FORGUE Professeur, *Président.*
VALLOIS, Professeur.

MM. PUECH, Agrégé
JEANBRAU, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR JEAN GODLEWSKI

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MON ONCLE ET A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

CH. GODLEWSKI.

AVANT-PROPOS

Il est peu de questions en obstétrique qui aient été aussi souvent traitées que celle de la dystocie du col. Il ne se passe pas d'année sans que ne reviennent sur le tapis des discussions se rapportant à ce sujet. Et cependant, l'accord est loin d'être fait sur tous les points. Que de faits restent toujours dans le vague et l'imprécis !

Notre travail n'a pas la prétention de les éclairer d'un jour définitif, il est tout simplement un résumé, une mise au point de la question, où nous avons essayé de mettre un peu d'ordre.

Voici le plan que nous avons suivi :

Après avoir donné quelques notions d'anatomie du col utérin, nous abordons l'étude de la dystocie dans les anomalies congénitales du col, et du col seul, c'est-à-dire : absence de col utérin, atrésies congénitales, utérus biforis, cloisonnements congénitaux du col, etc.

Nous passons ensuite à l'étude de la dystocie secondaire du col. Ce mot n'est peut-être pas très exact, mais il exprime bien notre pensée ; c'est-à-dire dystocie dans laquelle l'obstacle primitif est ailleurs, et où le col utérin ne résiste, quand il résiste, que secondairement, et nous nous occupons ici des déviations du col, des fausses rigidités spasmodiques, enfin, de la fausse rigidité anatomique et de l'œdème du col, ces dernières formant la dystocie par infiltration, avec leur complication, thrombus du col.

Un quatrième chapitre a trait à la dystocie d'ordre pathologique, d'origine inflammatoire ou cicatricielle, et nous passons en revue ces causes inflammatoires (métrites blennorragiques, puerpérales ou autres), ou cicatricielles (déchirures, cautérisations, opérations). Nous nous occupons ensuite des états pathologiques du col, c'est-à-dire, oblitération du col, scléroses du col, hypertrophie du col utérin.

Enfin, le diagnostic et le traitement terminent notre travail.

Il est une partie de notre travail particulièrement faible et qui reste malgré tout vague et flouc, c'est celle qui a trait aux dystocies secondaires du col.

Secondaires, nous sommes à nous demander si le col résiste, même secondairement lorsqu'il n'est atteint d'aucune altération pathologique, ou ne présente aucune anomalie congénitale. Nous n'avons osé le faire dans notre travail, parce que les idées trop exclusives obtiennent plus difficilement droit de cité, mais nous aurions volontiers supprimé toutes les variétés de cette dystocie secondaire. Elle n'existe pas, ou, dans tous les cas, elle est exceptionnelle. Tous les cas décrits sous ce nom, déviations, spasme ou resserrement, infiltration, peuvent être décrits sous un autre titre : anomalies de l'effort. Les anciens accoucheurs, qui avaient senti le col mince, tendu, dans certains cas , épais, rigide, dans d'autres, s'étaient contentés d'accuser le col d'être l'obstacle à l'accouchement, ce dernier avait la propriété de se resserrer dans le premier cas, de résister mécaniquement dans le second parce qu'il était d'un tissu plus résistant. Il n'était pas jusqu'à l'œdème du col qui ne fût cause, par les vives douleurs qu'il provoquait, d'irrégularités dans les contractions.

Eh bien ! quand on cherche la cause première de la dystocie, on la trouve presque toujours ailleurs que dans le col. Que les contractions soient régulières et tout marchera bien.

On remarquera peut-être combien rarement nous nous sommes servi du mot de rigidité. D'après nous, c'est un mot qui doit disparaître de la littérature obstétricale, et nous expliquerons plus loin pourquoi.

Nous avons laissé de côté tout ce qui n'avait pas trait au col utérin. Enfin, nous n'avons point parlé des tumeurs qui nous auraient entraîné trop loin.

Notre travail a été fait seul, et loin de tout centre universitaire. Nous avons été cependant secondé par M. le docteur Larrieu qui, avec une amabilité charmante, a bien voulu nous communiquer son mémoire inédit (Prix Capuron, 1900), ouvrage auquel nous avons fait de larges emprunts. MM. les docteurs Pamard et Abelly, d'Avignon; Platon, de Marseille ; Petit, de Lyon, nous ont communiqué des observations inédites bien intéressantes. Le docteur Chaleix Vivie, de Bordeaux, nous a tenu au courant de ses opérées d'amputation de col. MM. les docteurs Keifler, de Bruxelles ; Fieux, de Bordeaux ; Henri Hazard, de Paris ; Bossi, de Gênes ; Audebert, de Toulouse, ont bien voulu nous envoyer les travaux qu'ils avaient publiés à ce sujet. M. le docteur Edouard Grynfeltt s'est mis à notre disposition pour pratiquer des coupes sur un col d'utérus de petite fille, dans le laboratoire de M. le professeur Vialleton. Enfin, MM. les professeurs agrégés Vallois, Puech et Guérin ne nous ont pas ménagé leurs conseils. A tous, nous exprimons nos meilleurs remerciements.

Mais l'idée première de notre thèse revient à M. le professeur Grynfeltt. Dès notre arrivée à Montpellier, ce maître aimé s'est attaché à nous, nous a suivi pas à pas durant nos études médicales, et nous donna toujours de précieux conseils. Ce nous est un devoir bien doux d'exprimer à notre Maître notre gratitude.

Au cours de nos études à Montpellier, nous avons été

successivement, en qualité d'externe ou d'interne provisoire, au service de Messieurs les professeurs Forgue, Grasset, Mairet, Vires, Brousse, Puech. Nous conserverons un souvenir ineffaçable de leur précieux enseignement et de leur bienveillance.

Messieurs les professeurs agrégés Rauzier, Lapeyre, Jeanbrau, nous ont accueilli avec une amabilité charmante et guidé dans la préparation des concours. Nous n'oublierons jamais ces réunions du soir et leurs causeries pleines d'abandon, où ne cessait de régner la plus franche cordialité. Les docteurs Ed. Grynfeltt et Malbois ont droit à tous nos remerciements pour toute la peine qu'ils prirent pour nous.

Enfin, durant ces trois dernières années d'internat à Avignon, au contact journalier de maîtres d'une affabilité exquise, dirigé par une intelligente administration, nous avons passé les plus heureuses années de notre vie. M le docteur Pamard s'intéressa à nous comme il s'est intéressé à toute notre famille, Messieurs les chirurgiens en chef Carre, Cassin, Clément; Messieurs les médecins en chef Blanc, Lugan, Vincenti, Brunschwig; Monsieur le principal Gouell et Monsieur le major Coudere; Messieurs les médecins adjoints Dubesson, Abelly, nous témoignèrent toujours une affectueuse bienveillance. Qu'ils daignent accepter nos remerciements les plus sincères.

Notre pensée dernière sera pour nos chers camarades d'internat de Montpellier et d'Avignon. Nous avons pu apprécier leurs qualités de cœur et de caractère ; et rien ne détruira les liens d'amitié formés entre nous.

Que Monsieur le professeur Forgue reçoive tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE LA

DYSTOCIE DU COL

EN DEHORS DES TUMEURS

CHAPITRE PREMIER

Quelques notions d'anatomie du col utérin

Bibliographie. — *Ouvrages parus dans ces dernières années.* — Bayer; Utérus et segment inférieur. Arch. gynäk, vol. LIV, cahier I, 1897. — Bossi; Sur la dégénérescence graisseuse de la matrice pendant la grossesse. 2me congrès d'obst. et gyn. Genève, sept. 1897. — Dittel; Ueber die Elastischen Fasern der Geburmutten. Vien. kl. Rundschau, 1876, p. 447 à 465. — Fabre; Atlas d'anatomie de la grossesse. Paris, 1901. — Fieux; Etude histologique de la musculature intrinsèque du col de l'utérus. Bordeaux, G. Delmas, 1897. — Fieux; Etude de la musculature du col utérin à l'état de vacuité et pendant la grossesse. Annales de gynécol. et d'obst. Juin 1903. — Findley; Anatomy of the menstruating uterus. Amer. Journ. of obst. New-York, 1902, XLV, 509-512. — Frarier; Procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares. Thèse Lyon, 1899, n° 109. — H. Hazard; Rigidité du col en dehors des tumeurs. Thèse Paris 1902. — Iwanoff; Ueber das elastische Gewebe des Uterus während der Gravidität. Arch Von Wirchow, CLXIX, 2, 1902. — Keiffer; Recherches sur la physiologie de l'utérus. Thèse Bruxelles 1896. — Keiffer; La fonction motrice de l'utérus. L'obstétrique 1897, p. 501. Anatomie et physiologie vasculaire de l'utérus humain. Soc. obst. de France, VIe session, avril 1898. Recherches d'anatomie et de physiologie obstétr. La fonction motrice de l'utérus. 1er mémoire. Bullet. de la Société d'obst. de Paris, 19 nov. 1903. — Krönig; Beitrag zum anatomischen verhalten der Schlinhaut der Cervix und des Uterus während der Schwangerschaft und in Früchwochenbette. Arch. f. gynäkol, b. LXIII, 12,1900.—Larrieu; De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement en dehors de celle

qui est occasionnée par le cancer et les corps fibreux. Mémoire inédit (prix Capuron). Paris, 1900. — Léopold; Le segment inférieur de l'utérus Atlas avec texte. Leipzig 1897. — Marocco; Nouv. contribution à l'étude du développement et de la formation du col utériu partie vaginale. Arch. die obst. et gyn. Juin 1901, n° 6. — Parviairen; Zur Kentniss der senilen Veranderungen der Gebärmutter. Mitteil de Gyn. klinik der prof. Engström in Helsingfors, 1897, 1, p. 191. — Petit; Modification de la muqueuse utérine pendant la menstruation, la grossesse utérine et la grossesse ectopique. Semaine Gynécologique, 5 juin 1900. — Pichevin; La muscul. intrinsèque de l'utérus. Semaine Gyn., 1897, n° 45 — Pick; Du tissu élastique dans l'utérus normal et pathologique. Sämmlichen klin. Vortrage, 1900, n° 283, p. 91.— Schœffer et Potocki; Atlas manuel d'obstétrique. Paris 1905. Sobotta; Entwickel. der Uterus muskulatur. Arch. f. mikr, Anat. 1897, XXXVIII, p. 52. Von Franque; Cervix uud Uterussegment. Eine anatom. studie. Munich, und Work 1897. — Werth et Grusdew; La musculature utériue. Arch. f. gyn., 1898, IV, p. 325.

Si la description macroscopique du col donnée par les traités classiques est sensiblement la même, les divergences commencent, lorsqu'il s'agit de sa texture. Passe encore pour la muqueuse. On sait qu'elle est composée d'un épithélium cylindrique cilié, épithélium revêtant, au niveau de l'orifice externe, le type épidermique, malpighien, que l'on rencontre sur la partie externe du museau de tanche. Cet épithélium repose sur un chorion muqueux, et présente de nombreuses glandes : les unes, simples dépressions de la muqueuse ; d'autres, véritables glandes en tube ; d'autres, enfin, réalisant le type parfait de la glande en grappe.

Mais les avis sont autrement partagés lorsqu'il s'agit du tissu fondamental du col utérin. Jusqu'à ces dernières années, la muscularité du col était chose généralement admise. Les descriptions de Hélie et Chenantais (1865), de Kreitzer (1872), de Tourneux et Hermann (1886), étaient reproduites partout dans leurs grandes lignes. Dans tous les cas, le col était décrit organe essentiellement musculaire. Il est formé, nous dit Testut, de fibres musculaires lisses, provenant en grande partie du corps même de l'utérus, quelques-unes dépendant

de la musculature du vagin, enfin de fibres circulaires formant une couche très épaisse, occupant toute la hauteur du col et la presque totalité du museau de tanche.

Cependant, dès 1885, Waldeyer[1], étudiant sur une coupe congelée l'utérus d'une femme morte pendant sa grossesse, trouvait qu'au niveau du col, les fibres longitudinales deviennent très rares, noyées qu'elles sont au milieu d'un tissu cellulaire lâche et abondant. Varnier, en 1887[2], examinant macroscopiquement la texture de la paroi du col utérin, trouvait que le tissu du col utérin est beaucoup plus compact que celui du segment inférieur ; les éléments musculaires y disparaissent, et c'est à peine si, à la périphérie, quelques fibres musculaires peuvent y être dissociées. Trois ans après, Acconci[3], de Turin, décrit les relations qui existent dans le col utérin entre le tissu musculaire et le tissu élastique. Les fibres musculaires, trouve-t-il, se raréfient à l'extrême dans le col ; ce qui donne à ce dernier une consistance supérieure à celle du corps, c'est la présence d'éléments élastiques et de tissu conjonctif lâche mêlés en grand nombre aux éléments contractiles. Les fibres élastiques vont en augmentant, à mesure que l'on va du fond à l'orifice de l'utérus, et sont très nombreuses et très grosses dans la région cervicale. — La même année, Dührssen admet, lui aussi, la prédominance du tissu conjonctif et du tissu élastique sur le tissu musculaire. Ces notions nouvelles bouleversaient pas mal déjà toutes les idées sur la musculature du col.

Fieux[4], en 1897, reprit les coupes faites jusqu'à lui avec

[1] Waldeyer. — Medianschnitt, einer Hochschwangeren bei steilage des fetus. Bonn, 1886.

[2] Varnier.— Thèse d'agrégation 1888.

[3] Acconci. — Contribution à l'étude de l'anatomie et physiologie de l'utérus pendant la gestation et la parturition. *Journal de l'Académie royale de Turin, 1890. III. p. 641.*

[4] Fieux. — Etude histologique de la musculature intrinsèque du col de l'utérus. Bordeaux, G. Delmas, 1897.

d'autres procédés de coloration (procédé de Tœnzer pour le tissu élastique, procédé de Van Giéson pour le tissu musculaire) et en arriva à ne considérer le col utérin que comme un bloc de tissu conjonctif.

Voici, du reste, quelles sont ses conclusions : « Les fibres élastiques sont très rares dans le col de l'utérus. Dans la portion vaginale du col, il reste bien encore quelques bandes longitudinales de fibres musculaires, mais cet appareil n'occupe guère que le tiers d'épaisseur de la paroi, le reste n'est que du tissu conjonctif. Il en est de même pour l'utérus parturient, le segment inférieur ne possède pas de fibres circulaires et ne contient que des faisceaux longitudinaux dans son tiers externe ; ses deux tiers internes sont conjonctifs. Toutes ces fibres musculaires passent dans le vagin ; en plein museau de tanche on n'a plus que du tissu conjonctif. Ceci concorde avec ce que disait M. le professeur Pinard : « Le segment inférieur commence à la limite de l'onde musculaire. »

Ces idées n'ont pas été admises par tous les histologistes. Déjà, en 1896, Keiffer, s'appuyant sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée, attribuait au col une texture musculaire avec fibres circulaires pour les couches les plus internes, avec fibres longitudinales pour les couches les plus externes. C'est un véritable sphincter circulaire à fibres radiées, c'est-à-dire composées d'un muscle constricteur et d'un muscle dilatateur. La part du vagin, trouve-t-il, dans la musculature du col, est certainement de moitié ; le reste est formé par des fibres circulaires de la couche musculaire interne du corps. Le vagin envoie, dans le museau de tanche, des faisceaux musculaires très nombreux qui s'entrecroisent avec les faisceaux musculaires venus d'en dehors. Les faisceaux venus du vagin fournissent, non seulement des fibres longitudinales dans le museau de tanche, mais

aussi des faisceaux radiés, ayant pour effet de dilater les orifices. Une opinion analogue est émise par Werth et Grusdew. Ils décrivent au col des fibres circulaires et longitudinales provenant du corps utérin et du vagin ; les premières occupent les couches interne et moyenne, les autres la couche externe. Ils parlent aussi des fibres radiées allant de l'une à l'autre.

Sous le contrôle de Renaut, Léon Frarier étudie à nouveau, en 1899, la musculature du col ; il y trouve du tissu conjonctif et du tissu élastique ; mais l'élément qui y prédomine, c'est l'élément musculaire. Il ne faut cependant pas parler de couches ordonnées, ni de sphincter cervical ; les fibres circulaires y sont rares ; ce que l'on rencontre surtout, ce sont des faisceaux longitudinaux, bouleversés au centre par des vaisseaux, en particulier veineux. Au niveau du museau de tanche, il n'y a pas d'ordre dans la disposition des fibres musculaires ; des fibres se trouvent coupées dans toutes les directions, et ces fibres radiées rappellent un peu celles de la pointe du cœur.

Que penser au milieu d'opinions si différentes? En juin 1903, sous la direction de M. le Dr Ed. Grynfeltt, nous avions pratiqué des coupes sur un utérus de petite fille. L'examen de ces dernières et de pièces que nous montra M. le professeur Bosc nous convainquit de la présence dans le col de fibres musculaires lisses, mais il y en a bien peu. Il est difficile, d'autre part, d'assigner à ces fibres un ordre quelconque ; on les rencontre coupées dans toutes les directions. Les éléments nous ont manqué pour nous faire une opinion plus précise à ce sujet.

Dans un récent travail, publié en juin 1903, Fieux est revenu légèrement sur son ancienne opinion, un peu trop absolue. Des coupes pratiquées sur des utérus de différents âges lui ont permis de constater la présence de fibres musculaires dans le col.

Pendant la grossesse, la muqueuse utérine ne subit pas d'importantes modifications ; elle ne tombe pas, ne devient pas caduque, les cellules caliciformes se contentent de secréter une plus grande quantité de mucus. Le mucus qui remplit le canal cervical forme cette masse gluante qu'on appelle bouchon gélatineux.

Le tissu propre du col utérin subit une modification beaucoup plus importante; il se ramollit. Il est entendu que ce ramollissement commence dès les premières semaines de la grossesse, envahit successivement toute l'étendue du col et varie, suivant qu'on l'observe chez les primipares ou chez les multipares. Il est plus intéressant de se demander : Pourquoi le col se ramollit-il? Quels sont les phénomènes internes qui se produisent dans sa texture? Lott[1] voyait la cause de ce ramollissement dans l'impulsion vitale que donne à l'organe tout entier la gestation : Au début de la grossesse, richesse plus grande du plasma, peut-être hypertrophie des anciens éléments et formation d'éléments nouveaux; à la fin de la grossesse, phénomènes de stase vasculaire, résultant de la pression de la tête sur le segment inférieur. Bossi prétend que toute la musculature utérine subit, pendant la grossesse, une sorte de dégénérescence graisseuse.

Les modifications de texture ont été bien étudiées par Fieux, en 1903. « La grossesse, nous dit Fieux, démuscle lentement ce col. Dès les premiers mois de la grossesse, le protoplasma des cellules musculaires s'atrophie, le noyau prend un aspect vésiculeux et ratatiné. Vers le cinq ou sixième mois, dans les faisceaux en voie de disparition, on constate que les fibres cellules ne sont plus guère représentées que par le noyau et que ce noyau lui-même n'accepte que très difficilement les colorants nucléaires. Il est à remar-

[1] LOTT. — Sur l'anatomie et la physiol. du col de l'utérus. Vienne, 1872.

quer que le protoplasma disparaît sans qu'il apparaisse dans sa masse, soit des gouttelettes adipeuses, soit des vésicules spongoïdes. Il n'y a donc ni dégénérescence graisseuse, ni dégénérescences spongoïdes. Il s'agit d'une atrophie pure et simple des cellules musculaires, si bien qu'à terme, le col n'est plus qu'un bloc conjonctif ou conjonctivo-vasculaire. J'ajoute qu'à mon sens, ce qui est probable mais non prouvé, le ramollissement du col qui se fait peu à peu, de bas en haut, doit être le résultat de l'hyperplasie conjonctive parallèle qui, peu à peu, étouffe les éléments musculaires. »

Si ces données anatomiques sont exactes, il est certain que le rôle du col utérin pendant le travail se trouve fortement diminué et qu'il est inutile de parler de resserrements ni de spasmes de l'orifice du col. Le rôle de ce dernier est tout à fait passif. Il reste à se demander si la clinique ne contredit pas ces données anatomiques. C'est ce que l'on pourra voir dans la suite de notre travail.

CHAPITRE II

Dystocie dans les anomalies congénitales du col

BIBLIOGRAPHIE. — Bidder; Aus der Gebärenstalt der Kais. Erziehungs haus es zur St-Petersburg medicin Bericht für die Jahre 1877-1880, p. 160. — Boyer; Atrésies congénitales du col. Thèse Paris 1891. — Bucquet; Dyst. par cloisonnement transversal du col. Société anatomique. 7/4 1882.— Budin; Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus. Progrés médical 1877, n° 14, p. 267 et Paris 1902. — Briquet d'Armentières; Les malformations des org. génitaux chez la femme. Semaine gynécologique, février 1904. — Chabry L.; Sténose du col de l'utérus et son traitement, etc. Thèse Paris 1898. — Dohrn; Zur Kentniss der Müllers'chen Gange und ihrer Verschmelzung. Sitzungsl. der ges. Natur wissench. Zrit Marburg 1875. — Ferrand; Du cloisonnement transversal incomplet du col et du segment inférieur d'origine congénitale. Thèse Paris 1900. — Grout; Absence congénitale de col n'ayant pas empêché la grossesse et l'accouchement. Bull. des travaux de la Soc. de Méd. de Rouen 1853. — Le Comte; hypertrophie congénitale du col utérin. Bull. de la soc. de chirurgie de Bukarest, n°• 2 et 3, 1900. — Lefort; Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Thèse d'agrég. Paris 1863. — Mascarel; Absence de col utérin. Soc. de chirurgie, 7 octobre 1883. — Mekus; Centralbl. f. Gypralk, 1880, n• 13, p. 293. — Marocco; Nuovo contributo alla demostrazione embryo-anatomico sulla formazione della portio vaginale del segmento f. cervicale. Arch. di ost. e genec. Juin 1901, Napoli.— Muller; Zeitschr et Geb. und Gynœk. 1878, III, p. 159. — Nagel; Zur Lehre von der Atresie der Weiblichen Genitalien. Centralbl. f. Gyn. 9 mai 1896, p. 519.— Puech; compte rendu statistique de la Maternité de Montpellier. Montpellier Médical, 1894, suppl. n° 1.— Rœsger; Zùrfœtalen Entwickel der menschlisch. uterus ins besondere seiner muskulatur. Hölder. Wien 1894. — Rocher; Recherches sur la duplicité de l'utérus et du vagin. Thèse Lyon 1880.— Tourneux; Sur le développement du tubercule génital. Journal d'an. et de physiol. 1889. — Tourneux et Legay; Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin. Journal d'an. et de physiol, 1884, p. 330. — Werth et Grusdew; *Loco citato*. — Zoïnalowitch. Wratch 1894, n° 31.

Nous ne nous occuperons ici que des cas où le col est seul mal formé. Nous laisserons de côté l'étude de l'accouchement dans l'utérus mal formé : utérus double, bicorne, didelphe, cloisonné, etc.

Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler, en quelques mots, en tête de cette étude, le mode de développement du canal utéro-vaginal.

A l'origine, utérus et vagin ne sont point des organes différenciés. En leur lieu et place, il n'y a qu'un conduit, canal utéro-vaginal ou canal de Leuckart, qui résulte lui-même de la fusion des deux canaux de Müller. Lorsque commence la différenciation en utérus et vagin, une lumière se creuse dans la partie supérieure du canal, alors que la partie inférieure presque tout entière reste obstruée par un bouchon épithélial. Dans ce bouchon, apparaît un bourrelet circulaire qui vient sculpter en quelque sorte la portion vaginale du col, formant d'abord la lèvre postérieure du col, ensuite l'antérieure. La séparation entre utérus et vagin sera chose faite au troisième mois et la paroi utérine, très mince d'abord, s'épaissit peu à peu de bas en haut. Le col, beaucoup plus développé que le corps, représente à peu près les 2/3 de l'organe, et c'est une masse cylindrique longue et résistante.

Tels sont, rapidement et grossièrement décrits, les phénomènes du développement du col. Complétons cette étude à l'aide du microscope, nous voyons qu'à l'origine, les canaux de Müller sont de simples tubes épithéliaux entourés d'éléments mésodermiques. Cet épithélium, d'abord polyédrique, stratifié sur toute sa longueur, se différencie au quatrième mois. Dans la partie supérieure du canal de Leuckart, il devient prismatique, d'abord à plusieurs, puis à une seule couche. Au contraire, dans la moitié inférieure du canal, il devient pavimenteux, stratifié et se multiplie de telle

manière que, dans cette partie qui correspond au vagin futur, il n'existe plus aucune lumière.

Vers la fin du quatrième mois, la lame épithéliale qui comble la cavité vaginale, donne naissance à un bourgeon plein, lamelleux, figurant une capsule aplatie d'avant en arrière qui s'enfonce dans l'épaisseur du canal génital et y détermine un mamelon de même forme qui représente la portion vaginale du col utérin. Ce bourgeon, s'enfonçant à inégale hauteur en avant et en arrière, forme les culs-de-sac vaginaux Au cinquième mois, apparaissent les replis et sillons qui iront en s'accentuant jusqu'à la naissance. Vers le huitième mois des invaginations apparaissent qui donnent naissance aux glandes du col. A ce moment, les muqueuses du col et du corps sont nettement différenciées [1].

Les anomalies congénitales du col ne sont pas très fréquentes; elles ont été assez rarement signalées dans la littérature obstétricale. Elles n'en présentent pas moins de nombreuses variétés et nous avons à étudier : *l'absence du col utérin ; la duplicité de l'orifice externe : les cloisonnements transversaux*, *diaphragmes incomplets : les atrésies congénitales du col*, *adhérences congénitales aux organes voisins,* etc.

Absence du col utérin — Cette variété est décrite dans la thèse de Léon Lefort 1863 sous le nom d'utérus parvicollis ou acollis; mais cet auteur n'envisage pas les rapports de cette malformation avec la grossesse et l'accouchement. La conception peut avoir lieu cependant dans ces cas-là, la grossesse évoluer normalement et l'accouchement se faire sans incidents : Témoin l'observation de Grout : Femme de 23 ans. Au toucher, le médecin ne fut pas peu surpris de ne pas rencontrer le col de la matrice; le vagin, d'une longueur

[1] Rieffel. — Anatomie de Poirier, tome V.

de 11 c m, se terminait en cul-de-sac et présentait au speculum, sur la ligne médiane, au fond, une petite ouverture sans saillie, sans plis, remarquable par sa couleur plus rosée, dans laquelle un stylet glissait assez aisément, mais où ne pénétrait pas une sonde même du plus faible calibre.

Il était probable que c'était là l'orifice du col. Cette dame eut par la suite deux grossesses successives et deux accouchements à terme (février 1851 et septembre 1853), passés le plus normalement possible.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. M. Puech (*Montpellier Médical*) rapporte une très intéressante observation d'utérus acollis, où, malgré de violentes contractions, le travail n'avança pas; l'orifice ne s'ouvrit point et l'on fut obligé d'intervenir (obs. n° I) Certains accoucheurs se sont demandé d'ailleurs s'il ne serait pas préférable d'intervenir dès le début des douleurs. Mascarel, de Châtellerault, présentait en 1883, à la Société de chirurgie, une femme présentant une absence complète de col utérin, et se demandait si, cette femme étant enceinte, il n'y aurait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. C'est cette conduite qu'employa M. le docteur Pamard, dans un cas de ce genre (obs. n° II), et la femme, du reste, s'en est tout à fait bien trouvée.

Duplicité de l'orifice externe. — Utérus biforis. — En l'absence de tout cloisonnement du canal génital, il peut exister un double orifice du museau de tanche. Cette anomalie peut être sans influence fâcheuse sur l'accouchement; cette bride est repoussée latéralement et peut permettre la sortie de la tête. Plus souvent la tête fœtale accroche cette bride qui empêche l'orifice du col de s'ouvrir. Elle peut se déchirer et une hémorragie assez grande en être la conséquence. Si l'accoucheur reconnaît cette anomalie, le mieux

est de couper la bride entre deux ligatures. (Voyez obs. III Mekus.)

Cloisonnements transversaux incomplets. — Le premier fait de ce genre a été observé par Breisky en 1872, le second en 1877, par Müller chez des femmes non enceintes. Depuis, plusieurs observations en ont été publiées chez des femmes gravides. Ferrand (1900) en rapporte onze cas dans sa thèse. Le plus souvent, les symptômes fonctionnels sont nuls ou insuffisants, et ce sont seulement les signes physiques qui permettent de reconnaître la présence du cloisonnement : signes que donne un toucher méthodique et minutieux.

L'index, après avoir franchi l'orifice externe du col et suivant la paroi de la cavité cervicale, est arrêté, avant d'en avoir atteint l'orifice interne, s'il s'agit d'un cloisonnement intra-cervical, ou après l'avoir dépassé dans le cas de cloisonnement siégeant dans le segment inférieur, par un repli membraneux lissé, plus ou moins résistant, mais qui se laisse néanmoins déprimer par le doigt. Il donne la sensation (Müller) de la répétition de la portion vaginale du col, la seconde située en une région plus élevée du canal cervical.

Pendant le travail le cloisonnement incomplet peut se laisser dilater par la partie qui se présente ; c'est à peine s'il y a un retard dans la terminaison de l'accouchement. D'autres fois, malgré des contractions utérines violentes, il ne subit aucune modification. Enfin, plus fréquemment après un commencement de dilatation, ce diaphragme se laisse rompre ou détruire en partie, (obs. IV).

On a essayé d'expliquer embryologiquement la présence de cette anomalie. De pareils diaphragmes existent normalement chez certains animaux. Chez la brebis, la partie cervicale du col présente une série de six anneaux ou diaphragmes

superposés s'imbriquant comme les tuiles d'un toit. Le dernier de ces anneaux constitue la portion vaginale du col. Il s'agirait donc, dans le cas qui nous occupe, d'une anomalie réversive.

Adhérences congénitales du col. — Sténoses congénitales du col. — La dilatation de l'orifice interne peut encore être rendue impossible par des adhérences vicieuses congénitales du col avec les parois vaginales. C'est *l'utérus en cornue*, d'un diagnostic très difficile. Nous n'avons pu en trouver d'observation, du moins dans l'état de grossesse. — Les adhérences cicatricielles sont aussi, du reste, très peu connues ; mais à voir comment se comporte l'utérus dans les cas de versions ou de flexions utérines, soit après l'hystéropexie abdominale, on peut croire que ces adhérences puissent être une cause non niable de dystocie.

Les sténoses congénitales coïncident le plus souvent avec la forme conique du col, et parfois avec son hypertrophie. Nagel incrimine un développement trop rapide des organes génitaux, et, souvent une ulcération après la naissance. Dans le premier cas ; cette anomalie se produit par le frottement des canaux de Müller l'un contre l'autre, il se fait alors une petite plaie, qui, en se cicatrisant, obstrue une partie de la fente formée par la réunion des deux conduits. Dans ce cas, la sténose existe chez le nouveau-né. Dans le second cas, l'ulcération se produit après la naissance, par le contact des deux lèvres du col, et la séparation donne lieu à la sténose. Assez rares sont les observations se rapportant à des accouchements dans des cas de sténose congénitale. Nous citerons l'observation de Zoïnalowitsch : « Malade âgée de 38 ans, entre à l'hôpital dans un état fort précaire. Elle était enceinte depuis 11 mois et avait depuis deux mois des douleurs abdominales violentes. — Les seins étaient gonflés,

présentaient les signes de la lactation, la malade ne percevait plus les mouvements fœtaux.

A son examen, à l'entrée, on remarque un col dilaté, mais, par suite d'une sténose du canal cervical, la tête du fœtus pressant sur le col, l'avait amenée à la vulve. Position en OIGA. On dut sectionner la cicatrice du col sténosé, procéder à la basiotripsie pour extraire un fœtus mort et macéré. Les suites furent très heureuses. Il s'agissait d'une sténose cicatricielle du col qui s'était produite, d'après l'auteur, au cours de la dernière grossesse, remontant à deux ans, à la suite d'une sténose congénitale du col.

CHAPITRE III

Dystocie secondaire

BIBLIOGRAPHIE. — **Déviations utérines.** — Articles : Depaul; (Arch. de Tocologie, 1876). — Pilat; Développement sacciforme de la partie postérieure de l'utérus. Arch. de Gynécologie, 1877 ;

Et dans ces dernières années : Auvard; Pseudo-rigidité du col par inclinaison de l'utérus. Semaine médicale 1891. — Ausaloni; Un cas de rétroversion de l'utérus gravide au troisième mois. Annales médico-chir. du Centre, 15/2 1903. — Dickinson; Deux cas de grossesse après ventrofixation de l'utérus. Presse médicale 8 janvier 1902. — Doléris; Rétroversions de l'utérus gravide. La Gynécologie, juin 1902. — Figuiera; Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. Thèse Paris 1903. — Liebmann; Ueber einige Beziehungen der retroflexio uteri fixato zùr Schwangerschaft Geburt und Wochenbett. Berliner Klin. Wochenschr. 27 mai et 3 juin 1901. — Martin; Rétroflexion de l'utérus gravide. Soc. d'obst. gynéc. Paris, juin 1903. — Mathes; Une nouvelle observ. de dystocie après vaginofixation de l'utérus. -- Monastch. f, Geb. u, Gynäk, 1903. B. XV, p. 410. — Pinard, Segond, Couvelaire : Etude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme, fixé en latéro version par des adhérences périmétriques. Ann. de gynéc. et d'obstét. Juin 1903. — Pinard et Varnier; Rétroversion de l'utérus gravide. Ann. de gynéc. 1887. — Pozzoni ; Contribution à l'étude de la dilat. sacciforme de la paroi de l'utérus pendant la grossesse. Annali di osteti e ginecol. Mars 1902.

Rigidité spasmodique. — *Travaux publiés dans ces dernières années.* — Budin ; Les avantages de l'expectation dans certains cas de contracture utérine. Journ. des Prat., 26 décembre 1903. — Charuel ; Dilatation anormale du col de l'utérus. Thèse Bordeaux 1894. — Démelin ; Rétraction du col, cause de dystocie. Soc. Obst. de France, 23 avril 1893 — Démelin ; De la rétraction utérine avant la rupture des membranes. L'Obst. 1898. — Doléris ; Des fausses rigidités du col utérin pendant l'accouchement. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc., 2 novembre 1887.— Hahl ; Striktur des os internum uteri als Geburthinderniss. Arch. f. Gyn. 1901, p. 684, LXIII. — Lautaud (M[lle]) ; Thèse Montpellier 1894. — Margoulieff ; Rigidité spasmodi-

que, héréditaire du col. Ann. de la Soc. Obst. de France 1895. — Maygrier; Leçons de clinique obstétricale 1893. — Maygrier et Schwaab; Rétraction de l'orifice externe, cause de dystocie ayant disparu sous l'influence du chloroforme. — Soc. Obst. de France 1898. — Poux; Rigidité spasmodique du col utérin. Insertion du placenta sur le segment inférieur. Seigle ergoté. Forceps. Basiotripsie. Revue Obst. Internat. 1/2 1896. Supplément n° 27. — Queirel; Leçons de clinique obstétricale. Paris 1902. — Rémy; L'insuffisance utérine pendant le travail. Revue Méd. de l'Est, 1er octobre 1903. — Salles; Dystocie par r. spasmodique du col. Dilat. artificielle. Application de forceps. Revue Méd. de Normandie. Rouen 1902, n° 3. P. 41-44. — Toledo; Thése Paris 1890.

Rigidité anatomique. — *Parus dans ces dernières années.* — Audebert; Arrachement circulaire du col utérin. Toulouse 1903. — Bouffe de Saint-Blaise; Arrachement circulaire du col utérin. Bull. de la Soc. Anatom. Janvier 1890. — Boudreau; L'arrachement circulaire du col utérin. Thése Toulouse 1902. — Chaleix Vivie; Dystocie par rigidité anatomique du col. Accélération du travail par manœuvres manuelles. Journ. de Méd. de Bordeaux 1900. — J. Coën; Dystocie par rigidité du col utérin et placenta prœvia. Incisions multiples. Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. 1892. — J. Coën; Aberto al quinto meze Rigidita anatomica della bocca uterina. Incizione profundi alla Dührssen. Rassegna di Ostetr. e Ginecol. 1899. — Courtade; Thèse Paris 1883. — Poux; Rigidité du col utérin. Présentation du siége décomplété, mode des fesses. Dilat. manuelle. Forceps tête dernière. Enfant mort-né. Revue Obst. Internat., 1er février 1897. Supplément 25. — Queirel; déjà cité. — Rosas; La bolsa plena no causa la mal nombrada rigidez anatomica del cuello uterino in parto. Rev. di Med. y Chirurg. 1901, n° 8, p. 207. Schœle; Ein Fall von hochgrad iger rigiditat der Portio vaginalis und agglutinatio orificii uteri externi. St-Pétersb. Med. Wochenschr. 27/5 1895.— Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, novembre 1899 (Potocki, Wallich, Pinard, Varnier, Segond, Doleris et Lepage). — Tulasne; Thése Paris 1893.— Wallich; Ann. de la Soc. Obst. de France 1893, p. 97.

Œdème du col. — Mémoire d'Huguier 1860. — Gueniot 1872. — Thèse de Boglin (Œdème de la lèvre antérieure du col dans les O. post. Thése Paris 1886) — Et, *dans ces dernières années.* — Arrivé; Sur un cas d'œdéme du col pendant l'accouchement, avec élimination spontanée pendant l'expulsion de la zone cervicale. Journal des Praticiens, 10 août 1901. — Etienne; Du gonflement de la lévre antérieure du col comme cause de ralentissement du travail. Arch. de Tocol. 1892, p. 203. - Griffitts; Elongation hypertrophique du col comme cause de dystocie. Brit. Med. Journ. 6/5 1893. — Meyer; Ein fall von œdema acutum cervicis parturientis. Centralbl. b. Gynek., 4 septembre 1887. — Mraschi; De l'allongement aigu du col pendant la grossesse et l'accouchement. Arch. de Tocologie, février 1889. — Somnier (Mlle); Ein fall von œdema acutum cervicis uteri gravidi.— Corresp. Bl. f. Schweitz. Aerzte, 1er novembre 1898. — Varnier; Œdème aigu du col

de l'utérus gravide chez une femme ayant subi l'ablation unilatérale des annexes. Soc. d'Obst. Gyn. de Paris, mai 1902.

Thrombus du col.— Magnaux; Thrombus et sphacèle du col utérin consécutif à un accouchement. Arch. de Tocol, septembre 1893. — Spiegelberg; Lehrbuch der Geburt 1878.

Nous avons rangé dans ce chapitre, par opposition aux dystocies d'ordre pathologique, tous les cas où l'obstacle n'est que secondairement apporté par le col utérin, et où il faut par conséquent chercher ailleurs la cause de la dystocie.

Nous aurons à étudier dans ce chapitre :

Les déviations du col;

Les « fausses rigidités » dues à des anomalies de l'effort; cet état du col qu'on est convenu d'appeler rigidité spasmodique, et la rigidité dite anatomique. Celle-ci fait partie de ce qu'on peut appeler : rigidité par infiltration. Cette dernière peut comprendre encore :

L'œdème du col, œdème total (allongement œdémateux du col); œdème partiel (tuméfaction aiguë d'une lèvre du col).

Le Thrombus du col, complication assez rare de l'œdème.

Nous avouons que notre division est bien artificielle, qu'il est des déviations du col utérin seul (adhérences vicieuses aux organes voisins); qu'il peut exister aussi des rigidités dites anatomiques, dues simplement à un défaut d'élasticité du col, mais ces variétés sont rares et notre division répond à la majorité des cas.

I. — Déviations utérines

Pour la plupart, ces situations anormales du col de l'utérus sont dues à des déviations en sens inverse du corps utérin ; la dystocie doit, dans ce cas, être rapportée au corps utérin. Mais on peut rencontrer parfois le col dans une

situation anormale (brides cicatricielles, flexions adhérentes du col) alors que le fond de l'organe occupe sa place habituelle.

Le col utérin peut être dévié soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés ; on peut même avoir des déviations associées.

Par suite de la direction normale de l'utérus, le col est habituellement tourné légèrement en bas et en arrière. Cette obliquité postérieure du col peut, dans certains cas, s'exagérer, être beaucoup plus considérable, et devenir pathologique. Cette obliquité postérieure du col est la plus fréquente de ses déviations ; les obliquités latérales et antérieures sont plus rarement rencontrées, quoiqu'on ne puisse nier leur existence pendant la grossesse, comme certains auteurs l'ont fait.

Les causes de ces déviations sont nombreuses :

La laxité de la paroi abdominale, l'éventration résultant de grossesses répétées ou d'une laparotomie ancienne : la trop grande largeur du bassin et les rétrécissements de ses diamètres transverses ont été invoqués pour l'obliquité postérieure. L'exagération de la courbure du bassin, la distension des intestins par des matières fécales faisant pression sur l'utérus, la rétention d'urine, ont paru suffisantes pour expliquer certaines obliquités antérieures. On a mis certains déplacements brusques sur le compte d'un effort, d'un coup, d'une chute ou d'une émotion.

Enfin le raccourcissement d'un ligament large a été mis en cause pour l'obliquité latérale.

Mais, quelle que soit la déviation, les causes que l'on rencontre le plus fréquemment sont les adhérences de l'utérus aux organes voisins, consécutives le plus souvent à une pelvi-péritonite, ou bien à la suite de ventro ou vaginofixation, les adhérences du col utérin aux parois vaginales ;

les tumeurs utérines, les rétrécissements du bassin, enfin les présentations vicieuses.

Les signes de ces déviations sont fournis surtout par le toucher. On ne devra pas être content tant que les culs-de-sac n'ont pas été explorés et le col senti et parcouru. Un doigt ne suffit pas, deux doigts sont introduits, et jusqu'à la main tout entière, si c'est nécessaire. Pajot ajoutait humoristiquement « le bras et le corps tout entier ». Il faut, suivant le conseil de Tarnier, pratiquer le toucher très profondément et faire exécuter au doigt un mouvement de circumduction autour de la tête. Si l'orifice est réellement dilaté, le doigt peut pénétrer très haut et glisser à côté de la tête sans rencontrer aucun obstacle. Quand, au contraire, l'orifice n'est pas dilaté, il est bientôt arrêté par le cul-de-sac du vagin, surtout en avant.

Quelle est la marche du travail ? Une faible déviation pourra donner simplement lieu à un travail prolongé, la dilatation est lente et ne se fait qu'imparfaitement; le col s'efface, et le segment inférieur se distend plus ou moins ; mais le plus souvent le temps suffit à rectifier cette situation vicieuse du col utérin. Il sera bon cependant que la femme reste couchée.

Dans une observation de Auvard (1891) il suffit de redresser avec la main le col de l'utérus pendant que le doigt vaginal accrochait l'orifice utérin et le ramenait sur la ligne médiane pour que se produisît une dilatation notable de l'orifice. Si la déviation est plus forte et ne se modifie pas pendant le travail, la paroi antérieure (dans le cas d'obliquité postérieure, la plus fréquemment rencontrée) se trouve distendue par la tête fœtale, qui descend et forme ainsi un diverticule (dit de Wigand) encore appelé saccus cœcus uteri. Le col remonte très haut en arrière, se place tout à fait dans la concavité du sacrum et ne peut quelque-

fois être atteint. Le diagnostic peut présenter dans un tel cas de sérieuses difficultés, surtout si la tête fœtale descend dans l'excavation revêtue d'une paroi utérine amincie par la distension au point de n'avoir que l'épaisseur des membranes. Ce segment inférieur a pu se rompre dans des cas où le travail s'était prolongé. Cette disposition, que l'on voit prendre au segment inférieur, peut parfois ne point dépendre d'un phénomène mécanique. Elle est alors le résultat d'une anomalie de développement de l'utérus, dont la moitié postérieure se serait abaissée outre mesure pendant que la paroi extérieure aurait résisté. Cet état a été bien étudié par Dépaul, qui l'a appelé dilatation sacciforme.

II. — Rigidité dite spasmodique

On appelait autrefois, qu'elle fût primitive (femme nerveuse, irritable, fatiguée par un long travail ou des explorations répétées) ou secondaire (la marche du travail étant entravée par une cause quelconque), la rigidité spasmodique du col, une contraction active de l'anneau cervical qui se crispe au devant de la présentation ou sur la présentation, pendant que le corps utérin fait effort; le spasme, survenant au début de la dilatation, prenait le nom de rigidité spasmodique, le nom de rétraction spasmodique du col étant réservé aux cas où le col, après s'être plus ou moins dilaté, se rétracte convulsivement et tétaniquement; spasme, ayant l'orifice externe comme siège habituel, quelquefois l'orifice interne seul ou même avec participation du segment inférieur.

Ces notions ont été profondément modifiées de nos jours. On a d'abord commencé par supprimer le spasme primitif du col. Le spasme du col est la conséquence, non la cause d'un obstacle à la dilatation, c'est un réflexe d'origine variée,

mais un réflexe. C'était, du reste, déjà l'opinion de Mme Lachapelle. N'écrivait-elle pas : « Le resserrement de l'orifice cervical sur le col de l'enfant après que la tête a pénétré dans l'excavation me paraît illusoire. Si, dans ces circonstances, la tête a paru souvent s'arrêter, c'est l'inertie utérine qui en est cause. »

Mais on peut encore aller plus loin. Avec les notions actuelles sur la constitution du col, comment admettre qu'un organe aussi peu musculaire que le col utérin, démusclé encore pendant la grossesse[1], puisse être le siège d'un resserrement actif? Comment pourrait-il le faire puisqu'il n'a pas en lui de quoi se contracter? Pourquoi, dans ses divers états du travail, l'orifice utérin manifesterait il son activité alors que, pendant la période d'effacement, l'orifice externe, futur orifice utérin, reste immuablement atone. Pendant la dilatation, l'anneau cervical est à peine formé de deux muqueuses adossées et de tissu conjonctif lâche. Le sphincter est situé plus haut.

Il faut donc chercher ailleurs la résistance de cette partie de l'utérus. Le col résiste parce qu'il y a un défaut de dilatation préalable, parce qu'un des facteurs de la dilatation a fait défaut.

Quant aux divers cas de resserrement du col autour du cou de l'enfant, soit autour du placenta après l'expulsion fœtale, il s'agit dans ces cas-là, d'une régression du col, ou de la contraction de l'anneau de Bandl (le hour glass des Anglais).

On dit couramment, il est vrai, qu'au début du travail, l'orifice se resserre pendant la contraction, mais il est des accoucheurs qui prétendent n'avoir jamais pu constater cette sensation de rétrécissement de l'orifice externe alors que

[1] Fieux. — *Arch. de gyn. et d'obstétrique*, 1903.

rien ne venait presser sur ses bords. N'est-ce pas, en réalité, l'application plus ou moins forte des bords de l'orifice sur la poche des eaux au moment de la contraction et la souplesse de ces mêmes bords dans l'intervalle des contractions qui donnent l'illusion d'un resserrement du col?

La rigidité spasmodique n'existe donc pas. Ce terme, conservé plutôt par tradition terminologique que pour sa valeur étiologique, désigne un col aminci, tendu, réfractaire à la dilatation, col exempt d'induration ou de lésion d'aucune sorte ; tension due à ce que l'un des facteurs de la dilatation est en défaut. Comme le disait Doléris [1], le col reflète l'état de l'utérus tout entier, comme l'état saburral de la langue indique l'existence d'une lésion digestive.

On attribuait autrefois deux grandes causes à la rigidité spasmodique, l'administration intempestive d'ergot de seigle et les manipulations inutiles ou maladroites, en particulier la rupture prématurée des membranes.

Nous citons plus loin une observation de spasme du col consécutif à l'administration d'ergot de seigle. Elle est très instructive en ce sens qu'elle nous montre que parfois le col mince, tendu au début tant qu'il est appuyé sur la présentation, s'épaissit, s'œdématie si le travail se prolonge et prend alors l'aspect décrit sous le nom de rigidité anatomique Le spasme du col peut d'ailleurs reconnaître d'autres causes : une présentation vicieuse, présentation de l'épaule ou du siège (obs. Queirel) ; un retrécissement du bassin, l'insertion vicieuse du placenta (obs. Platon).

L'observation rapportée par Margoulieff sous le nom de rigidité spasmodique héréditaire du col est un cas assez net de contracture utérine et l'on peut se demander si, dans le cas présent, outre l'hérédité, la présentation du siège n'a pas eu sa part étiologique.

[1] Doléris. — *Arch. de Tocol.*, 1885.

Enfin, la rupture prématurée des membranes est assez souvent en cause et l'on peut se demander comment certains cas de fausse rigidité du col ont pu céder à la rupture des membranes. Il est facile de répondre que, dans ces cas, la rupture n'avait lieu que tardivement et ramenait régulières des contractions qui, jusque-là, n'avaient pas eu d'intermittences.

Ces divers états de contracture utérine disparaissent du reste comme par enchantement lorsque les antispasmodiques sont administrés aux parturientes. Tel est le cas observé par Bonnaire à la Maternité de Tenon. Une femme avait un col effacé dilaté à 0 50, l'utérus dur d'une façon intermittente, mais assez fréquente et douloureuse; cet état durait plusieurs jours sans modification du côté du col. M. Bonnaire prescrivit du chloral, et la femme accoucha le jour même.

« La rigidité spasmodique, disait Fochier[1], n'est pour moi que le symptôme d'une infection locale ou d'irrégularité dans les contractions, et dans ce cas, elle cède aux antispasmodiques. »

III. — Rigidité dite anatomique

Les auteurs ne se sont jamais bien expliqués sur la nature de la rigidité anatomique du col. Cette expression semble impliquer l'idée que l'on se trouve en présence d'une disposition anatomique, une texture particulière du col, par suite de laquelle ce dernier, plus dur, plus coriace, a peu de tendance à s'ouvrir devant la partie fœtale, sous la poussée des contractions utérines.

Universellement admise autrefois par tous, comme une entité morbide, la rigidité anatomique du col a été peu à

[1] Soc. obst. de France, 4e session, avril 96.

peu démembrée. Doléris [1], admettant difficilement l'idée d'une rigidité du col sans modification de texture, en commença le procès en 1885.

Quelques années après, Boufle de Saint-Blaise, puis Wallich [2], examinent au microscope du tissu de cols frappés de cette rigidité, et arrivent à cette conclusion, que les éléments du col n'étaient le siège d'aucune altération, d'aucune disposition permettant d'expliquer une dystocie créée primitivement par le col ; que si, dans ces cas on trouve de l'infiltration séreuse et sanguine, celle-ci ne pouvait être survenue que secondairement Wallich en conclut que le col ne se dilatait pas, non parce qu'il n'était pas dilatable, du moins primitivement, mais par défaut des agents dilatateurs, parce que les contractions utérines insuffisantes ou mal dirigées, il y avait eu trouble dans la circulation du col, congestion, infiltration. Aussi, lors de la discussion qui eut lieu à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie de Paris en novembre 1899, Pinard et Wallich proposaient-ils d'appeler cette rigidité, rigidité par infiltration.

Cette opinion ne fut pas admise sans conteste. Pourquoi, dit-on, les primipares et surtout les primipares âgées accouchent-elles plus difficilement que d'autres? On admet la rigidité de la vulve et du périnée qui s'oppose plus ou moins longtemps à la sortie du fœtus; pourquoi, au niveau du col ne se produirait-il pas un phénomène de même ordre capable de faire obstacle à la dilatation du col par la présentation? Le biceps d'un homme de 50 ans se comporte-t-il comme celui d'un jeune homme ? Fait-on de la gymnastique aussi vieux que jeune? On aurait donc tort de ne pas admettre qu'un col résiste anatomiquement ou physiologiquement

[1] Doléris -- *Loc. cit.*
[2] Soc. obst. de France 1893.

plus qu'un autre, sous le prétexte qu'on n'a pas trouvé de lésion manifeste.

Il est possible que l'élasticité du col soit diminuée par l'âge. Il est possible que, chez les primipares jeunes, dont le col est doué même d'une élasticité normale, cette élasticité n'ayant pas encore été exercée et mise en jeu soit, pour ainsi dire, surprise et mise en défaut par des poussées intempestives ou inconsidérées. Mais ces cas sont exceptionnels. Si nous consultons les travaux publiés sur l'accouchement chez les primipares âgées, nous verrons très rarement signalée la rigidité anatomique. La thèse de Courtade (1883) signale seulement 4 cas sur 365 accouchements. Tulasne, qui reproduit dans sa thèse la statistique de la clinique de la rue d'Assas, n'en constate que deux cas : l'un d'eux spécifie, rigidité du col, sans plus ; quant aux autres accidents, inertie, irrégularité des contractions utérines, ils sont infiniment plus nombreux.

Et d'autre part, les examens anatomiques manquent. Qui sait si, chez la plupart des primipares âgées, on ne trouverait pas un commencement d'envahissement des fibres du col par un tissu de sclérose et, dans ce cas, ces cols seraient pathologiques.

Quoi qu'il en soit, la description clinique est restée la même. Qui dit rigidité (ou fausse rigidité) anatomique, dit col sans souplesse, épaissi, coriace, présentant un certain degré d'induration qui le fait ressembler à du cuir imbibé de graisse.

Un des facteurs habituels de la dilatation faisant défaut (inertie utérine, défaut d'appui de la présentation sur le col, rupture prématurée des membranes), il se fait dans le col, d'abord de la stase sanguine, en second lieu de l'infiltration œdémateuse. C'est un col infiltré, une première étape vers l'œdème du col.

Le col ne se dilatera pas parce que la tête n'appuiera pas, parce que l'œuf sera ouvert, parce que le segment inférieur sera comprimé excentriquement par la tête contre les parois dures du bassin, qu'elle laissera au-dessous d'elle une portion flasque et molle qui va s'épaissir, s'infiltrer par un phénomène analogue à celui de la bosse séro-sanguine.

On peut assister à un autre tableau. L'inertie utérine a été précédée d'une sorte de tétanisme, de contracture exagérée, le col d'abord mince, appliqué sur la partie qui se présente, a présenté les phénomènes de la rigidité spasmodique, puis les douleurs ont diminué ou n'ont pas porté, le col s'est épaissi, a fourni un bourrelet œdémateux, infiltré et donne la sensation de cuir bouilli imbibé de graisse.

Une fois constituée, cette infiltration va créer une dystocie définitive ou temporaire. Dans ce dernier cas, les contractions reprennent, soit spontanément, soit aidées, par exemple, par le sulfate de quinine, et la dilatation s'effectue. Dans le cas contraire, le col, poussé en bas par la partie fœtale, s'épaissit davantage, se déchire, éclate, ou bien l'anneau induré se détache circulairement et toute la partie inférieure du col est expulsée. — Cas de Bouffe de Saint-Blaise, de Wallich, cas rapportés par Boudreau dans sa thèse (1902).

Il peut encore se faire que le travail se prolonge démesurément. — Les dangers deviennent plus grands, surtout si les membranes sont rompues ; l'infection est à craindre. On cite un cas de rigidité dite anatomique où le travail a duré 5 jours et où la femme succomba. La femme peut succomber, en effet, par suite d'infection, par rupture utérine ou par épuisement. C'est cette crainte de l'infection qui décida M. le professeur Queirel à pratiquer l'amputation de Porro dans le cas qui fait l'objet de l'observation n° XIV.

Cette fausse rigidité est-elle bien fréquente ? Pour les uns,

elle est très rare. Suivant d'autres, elle est fréquente ; souvent les cas de ce genre passent inaperçus parce que de grandes déchirures du col permettent l'accouchement. Ce qu'il y a de certain, c'est que les cas sont peu fréquents de rigidité dite anatomique qui réclament une intervention.

IV. — Œdème du col

Parfois, à la faveur de certaines circonstances exerçant sur lui une action mécanique prolongée, le col prend un autre aspect, il s'œdématie.

Nous ne parlerons pas ici des cas où le col est simplement dur, inextensible, œdématié ; ils doivent être rapportés à la rigidité anatomique, qui n'est, nous l'avons vu, qu'une infiltration du col. Nous ne nous occuperons ici que des cas où l'œdème a provoqué un allongement œdémateux du col utérin, que cet allongement porte sur le col tout entier, allongement de Guéniot, ou seulement sur la lèvre antérieure, tuméfaction aiguë de la lèvre antérieure.

L'allongement œdémateux est caractérisé par « l'hyperhémie et la turgescence de l'organe, la disposition de sa cavité transformée en un canal librement ouvert, et la rapidité avec laquelle ces symptômes peuvent disparaître et se reproduire ».

Le col fait saillie sous la forme d'une tumeur rouge, violacée, parfois bleuâtre, ordinairement du volume d'un œuf de poule, mais pouvant, dans certain cas, atteindre le volume du poing. Leroux la comparait au cou d'une bouteille avec son bourrelet. Dans un cas de Griffith, le col hypertrophié mesurait 3 pouces de longueur. Varnier rapporte une observation d'œdème aigu du col où ce dernier proéminait hors de la vulve de 9 centimètres et formait une

tumeur piriforme de 21 centimètres de circonférence Cette tumeur apparaît parfois encore plus considérable lorsque l'œdème du col s'aggrave de prolapsus utérin.

Certains états prédisposent le col à l'allongement œdémateux : la multiparité, un abaissement de l'utérus, une constitution débile, un état particulier du col, une atonie de ses fibres musculaires le prédisposant à l'infiltration. Mais son apparition est déterminée par des causes directes, une chute, un traumatisme, une toux habituelle, une tumeur pressant sur l'utérus.

L'allongement œdémateux peut apparaître au cours de la grossesse. C'est le cas que cite Varnier ; après la réduction, le col diminue très rapidement de volume, mais la tumeur peut se reproduire avec la plus grande facilité. Il peut se produire, enfin, au moment du travail et gêne la marche de ce dernier. Les douleurs, vives au début, deviennent bientôt lentes et espacées. Pour Guéniot, ce serait plutôt une cause d'ennui qu'un réel danger. Cependant, une observation de Griffith est un exemple de rupture de l'utérus avec mort de la malade quinze heures après. On a cité des déchirures assez sérieuses du col, ou même élimination spontanée de la zone cervicale (Arrivé).

Plus souvent, l'œdème, limité à une des lèvres du col, est dû à un tout autre mécanisme. Au moment du travail, une des lèvres du col pressée entre le plan osseux, sacrum ou pubis et la tête fœtale, s'engoue, se congestionne, donne naissance à un œdème partiel du col.

Il arrive bien rarement que la lèvre postérieure soit comprimée entre la tête fœtale et l'angle sacro-vertébral. Beaucoup plus fréquente est la tuméfaction aiguë de la lèvre antérieure du col ; cette lésion est souvent produite par une position postérieure (thèse Boglin), lorsque la tête, mal fléchie, vient par sa partie frontale comprimer le tissu utérin

contre la paroi osseuse. Elle peut encore avoir lieu dans les bassins petits, lorsque la femme, faisant des efforts avant la dilatation complète, pousse la tête fœtale qui comprime l'orifice pincé entre elle et la paroi du bassin. La lèvre comprimée entre deux plans résistants, la circulation est interrompue, la quantité de liquide augmente par suite de l'accroissement de la tension du sang dans les capillaires; or, chaque contraction tend à expulser la tête et refouler la lèvre antérieure et augmente encore la tuméfaction. La tuméfaction et l'allongement finissent par devenir tels que la lèvre vient faire saillie sous la forme d'une tumeur rouge foncé, de consistance molle, pâteuse, bleue, noirâtre, volumineuse, œdémateuse en un mot, qui se continue avec le col. On peut diminuer cette tumeur par la compression, on a même pu arriver à la réduire.

La marche du travail n'est quelquefois que simplement ralentie et il n'y a pas à proprement parler dystocie. Cependant, il arrive souvent que cet œdème apporte un obstacle sérieux à l'accouchement Les douleurs sont vives, intenses, la femme poussant parfois de véritables hurlements. Danyau et la plupart des auteurs pensaient que si, dans ce cas, la marche du travail est gênée, c'est que la tuméfaction du col, donnant lieu à de vives souffrances ne tardait pas à rendre les contractions irrégulières et à arrêter l'effort des puissances accessoires. Etienne n'admet pas cette interprétation; pour lui, c'est une dystocie purement mécanique. Dans bien des cas, les contractions sont régulières, fréquentes, énergiques. Si elles sont inefficaces, cela tient à ce que, au-dessous de la tête est un obstacle, la lèvre antérieure tuméfiée, formant clavette et empêchant la partie fœtale d'avancer.

L'accouchement terminé, la tumeur disparaît habituellement peu après que la tête fœtale est passée — A d'autres fois, la lèvre se déchire ou totalement, et elle est expulsée —

(thèse Boudreau) ; ou partiellement, et elle reste et se cicatrise. Parfois, le col se fend transversalement et est le siège d'une hémorragie assez abondante.

Un thrombus du col peut encore avoir lieu, se rompre et donner lieu à un écoulement inquiétant de sang. Plus rarement, la tumeur reste au dehors sans pouvoir être réduite, elle s'étrangle alors et il faut l'amputer. Enfin, nous avons observé deux cas où la tuméfaction aiguë de la lèvre antérieure du col ne se réduisit que lentement après la sortie du fœtus — une heure et demie et deux heures. — Les parturientes eurent une hémorragie de la délivrance assez sérieuse puisqu'il fallut pratiquer la compression de l'aorte chez chacune d'elles. L'utérus ne se rétractait pas et n'avait pas de contractions. La sensation de globe ne fut perçue et l'hémorragie ne s'arrêta réellement que lorsque la lèvre antérieure se fut réduite d'elle-même.

V. — Thrombus du col

Nous avons prononcé plus haut le mot de thrombus du col. C'est une complication assez rarement signalée de l'œdème du col. Pendant le travail, l'infiltration sanguine qui se produit dans les lèvres du col œdématié, peut se convertir en foyer sanguin, en poche sanguine qui tend à s'aggraver sans cesse, et gêne mécaniquement le passage de la tête fœtale, qu'il est impossible de lui faire dépasser à l'aide du doigt.

A première vue, ce col rouge, violacé, épais, spongieux, ressemble étonnamment à du tissu placentaire, et plusieurs chirurgiens ont pu faire cette erreur. Montgomery, qui a rapporté en 1852 (voir le *Journal de Malgaigne* de 1852, p. 489) une des premières observations de thrombus du col, s'y trompa même un moment, et ce n'est qu'après un examen

attentif qu'il put s'assurer que cette tumeur faisait partie du col de la matrice lui-même.

Le foyer sanguin s'agrandit sans cesse, et ses parois, finissant par se rompre, donnent lieu à une hémorragie Celle-ci peut se produire pendant le travail, et la descente de la tête s'effectue ensuite très rapidement. Mais plus souvent, elle n'apparaîtra qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle de l'accouchement. Dans ce dernier cas, elle sera d'autant plus grave qu'on n'en soupçonne pas la cause.

Le plus souvent, cette hémorragie est assez légère ; il ne s'écoule qu'un peu de sang de couleur très foncée. Mais il existe des cas, dans la littérature obstétricale, où la rupture et la perte de sang consécutive ont été assez graves pour déterminer la mort.

Dans un cas rapporté par Johnston. la cavité creusée à l'intérieur du col était capable de contenir une petite orange. A la face antérieure de cette cavité, cinq ou six vaisseaux béants et assez larges pour qu'on puisse y introduire une petite bougie. Il s'agissait d'un accouchement en présentation du siège, passé très normalement, la délivrance avait eu lieu sans difficulté, et le cinquième jour, la femme fut prise subitement d'une perte abondante et mourut.

Dans une observation de Magnaux que nous rapportons plus loin, un thrombus fut suivi de sphacèle du col utérin avec élimination du lambeau.

Le tamponnement du vagin est le seul moyen de mettre fin aux hémorragies provoquées par la rupture du thrombus.

CHAPITRE IV

Dystocie d'ordre pathologique

BIBLIOGRAPHIE. — I. a) **Inflammations du col.**— Audebert; Gonococcie et puerpéralité. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 1903. — Bossi; Cervicitis et endocervicitis in gravidanza. Arch. Ital. di Ginecol, 31 octobre 1901, n° 5. — Bouilly; De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement. Semaine médicale, 22/2 1893. — Doléris; Métrite cervicale. Anat. pathol. Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn., 1888. — Doléris; Pathogénie et trait. des affections du col. Congrès de Madrid 1888. Aperçu synthétique sur la pathol. et chirurgie du col de l'utérus. Congrès de chirurgie 1890. — Doléris et Bonnet; Pathol. et thérapeutique du col utérin. Nouv. arch. d'Ob. et Gyn., 1891, p. 28. — Doléris; Fausses métr. N. arch. de Gyn., 1893. Métrites et fausses métrites. Paris, 1902. — Döderlein; Das scheidensecret, und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig, 1892 et Centralbl. f. gynœk, 1897. — François; Oblitér. du col et grossesse. Congrès de Marseille 1898. — Frühnisholz; La blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. Thèse Nancy 1902. — Gœbeb; Les bactéries du col utérin. Centralb. f. gynœk, 25/1 96. — Krönig; Deutsche med. Wochenschr. 1894. — *Id.* Bakteriol. des genitalkonal, der schwang. puerp.Leipzig, 1897.— La Torre; La lacerazione dell collo uterino in rapporto alle infiamiazioni dell utero e degli annessi. Arch. ital. d. Gynec., 1898, n° 3. — Saïas; De la métrite chronique du col consécutive à sa déchirure. Thèse Paris 1898. — Varaldo (Bossi); Recherche batteriol. sulle cervic. ed endoc. in gravid. Commun. à l'Acad. de méd. Genova, 27/3 1903. - Witte; Zeitschr. f. Geburts hulse 1893.

b) **Syphilis du col.** — Consulter les thèses de : Mme Mesnard, Paris, 1885; Le Camus, Paris, 1891 ; Le Bigel, 1899 ; Ferouelle, Paris, 1902.

Parus récemment : Blanc ; Rig. syph. du col. Lyon médical, 1892. — Bidone ; Opération césarienne pour sténose syphilit. de l'utérus. 6me Congrès de la Soc. Ital. d'Obst. et de Gynéc. Paris, octobre 1899. — Blandin; Syph. du col chez une femme enceinte. Soc. d'Obst. de Paris, novembre 1901. — Chaleix-Vivie; Chancre syph. du vagin cause de dystocie. Bull. de la clin. St-Vincent-de-Paul. Bordeaux, juin 1902.—Crouzat ; Congrès obstétr. de France,

1893. — Martin; Rig. syph. du col. Normandie médicale, 1er février 1896. — Maygrier; Leçon de clinique obstétricale, Paris, 1894. — Puech; Compte rendu statistique de la Maternité de Montpellier. Montpell. méd. 1894. — Thibierge; Chancre syph. du col à forme ulcéreuse. Ann. de dermatol, 1904, n° 2. — Wayter G; Geburtstörung durch Narbenstenose des muttermunsles in folge von syphilis. Wiener med. Presse, décembre 1903.

II. a). **Lésions cicatricielles.** — Artières; Déchirure du col de la matrice et trachelorraphie. Thèse Montpellier 1891. — Brioude; Thèse Paris 1896. — Caillon; Conséquences des cautér. du col au point de vue dystocique. Thèse Lyon 1898. — Cadiergues; Des déchirures obstétricales du col. — Carbonel; Traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution. Thèse Bordeaux janvier 1893. — Commandeur; Dystocie par rétrécissement du bassin et sclérose cicatricielle du col. Soc. méd. Lyon décembre 1901. — Doleris; Pathogénie et Trait. des affections du col. Congrès de Madrid 1888 et Nouv. arch. d'obst. et de gyn. 1889, 1890, 1893. — Fochier; Dystocie à la suite du traitement de l'endométrite par la pâte de Canquoin. Lyon médical 1890, p. 474. — Guilhaut des Fontaines; Du traitement de la métrite du col. Thèse Paris 1893. — King; The rigid os and labour. The med. stand Niv. 1893, p, 137. — Laurent et Tronchet; Lenteur de l'accouchement par brides cicatricielles cervico-vaginales. Rev. prat. d'obst. 1898. — Lauth; Traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc Th. Paris 1889. — Morneau; Accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par la pâte de Canquoin et leur traitement. Thèse Paris 1891. — Pichevin; Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin. Nouv. arch. d'obst et de Gyn. 1891. — Id; Opér. contre la cervicite. Sem. gynécologique 25/6 1901. -- Semaine gynéc. 1905, p. 273. — Richelot; Sur le traitement de la métrite cervicale. Société d'obst. gyn. ped. Paris 1901. — (Richelot. Dolers, Pozzi, Lepage); Note additionnelle sur le traitement de la métrite cervicale. Soc. d'obst. gyn. Paris, novembre 1903 et la Semaine Gynécologique, février 1904. — Routier; Un cas d'hystérectomie à la suite d'une cautérisation au chlorure de zinc. Sem. méd. 1892. — Saïas; Thèse Paris 1898. — Schulein, Dystocie par tissu cicatriciel du col. Berliner Klin. Wochensch. 1807. n° 42, Taurin; Thèse Paris 1895. — Vangein; Contribution à l'étude du Traitement de la métrite chronique par les caustiques.

b) **Opérations sur le col.** — Thèses de Bernheim (Paris 1889); Chabry (1898); Ducasse (Paris 1889); Guibout (Paris 1900); Isaac (Paris 1895); Lefèvre (Paris 1898); Lucien (Nancy 1896); Pescher (Paris 1892); Mlle Podobedoff (Paris 1895); Rainguet (Bordeaux 1899); Thieux (Montpellier 1900). — Audebert; Ann. de Gynéc. et d'obst. 1898. T. XLIV janvier. — Bossi; La gynécologie 1899; n° 2, p. 111. — Chaleix Vivie; Congrès d'Amsterdam, août 1900. -- Revue d'obst. de gyn. et de péd. de Bordeaux, août 1900. — Cuzzi et Resinelli. Comptes rendus de la clin. obstet. de Pavie 1892; — Doléris; La gynécologie 15 avril 1900; Gottschalk; Deutsch med.

Wochensch. Avril 1896. — Guillaut des Fontaines ; Semaine gynécol. 1899, n° 31. — Harwood; Union méd. du. Canada. — Keiffer; Bull. de la Soc. Belge de gynéc. et d'obst. 1908, n° 7 p. 219 — Lauro; Archivio di ostet. gynecol. 6/98, p. 331. — Labonia. Ann. de Soc. Ital. de gyn. et d'obst. 1900. VIII.— La Torre ; Arch. It. ginec. 1898, n° 3, p. 209.— Petroff; Journ. d'obst. et de gynéc. Novembre 1899. — Pinard ; Discussion à la Soc. d'obst. et gyn. de Paris 1899. — Porak ; Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, juin 1900 — Pozzi ; Journal de gynéc. et chir. abdominale, mai-juin 1899, p. 397.— Rudeaux; Soc. d'obst. gynéc, Paris 2/2 1900.— Vitanza ; in Sem. Gynéc. 1904.

III. **Oblitération du col.** — Mémoires de Nœgele 1835, de Depaul 1860, de Mattei 1861, et, *dans ces dernières années* : — Barsony ; Nale zü Vollstandige atresie der Muttermundes als Geburthiniderniss. — Centralbl. f. Gyn. 1897, p. 51. — Boyer; Contribution à l'étude de l'oblitération du col chez les femmes enceintes. Thèse Paris 1890. — Caillon ; Thèse Lyon 1899. — Carstens ; Hystérectomie vaginale dans un cas de grossesse de 4 mois 1/2, avec occlusion du col utérin. Amer. Journ. of Obst., janvier 1902.— Chabry ; Thèse Paris 1898. — Cortiguera ; Obliter. del cuello, parto a termino. Annali di Ostetric. Ginecol. e pediatria., avril 1899, p. 97.— Eustache; De l'oblitération du col utèrin au moment de l'accouchement. Arch. de Tocol., vol. XXII, p. 730. — Fraisse ; Nouv. Arch. d'Obst. et Gynéc. — Gauzy ; Dystocie par oblitération complète du col utérin. Thése Montpellier 1899.— Guérin-Valmale ; Montpellier Médical 1898. – Hillsmann ; South. Med. Ricord. Atl. 1893, août, p. 441.— Landau ; Sur une forme non encore décrite d'occlusion de l'utérus. Berliner Klin. Wochenschr., 25/2 1901. — M[lle] Lautaud, Thèse 1894. — Nash ; Occluded os at full. term. Lancet, London 1892, Bd I, p. 250. — Ozo ; Thèse Paris 1897. — Parkinson ; A case of complete occlusion of the cervix uteri. Lancet 1899, p. 1430. — Serres ; Contribution à l'étude de la dystocie par oblitération complète du col utérin. Thése Montpellier 1894-1895. — Vallois. l'obst. 1899.

IV. **Atrésies. Rétrécissements. Scléroses.** — *Se reporter à la bibliographie des lésions cicatricielles et y ajouter :* Chambreleut ; Atrésie de l'orifice du col chez une femme à terme. Revue d'Obst. Gyn. p. Bordeaux 1901, n° 12.— Commandeur ; Rigidité cicatricielle compliquant un accouchement provoqué. Province Médicale, janvier 1902 — Delbet ; La sclérose utérine de la vraie métrite. M. Hepp ; Sclérose utérine et métrite chronique. Thèse Paris 1899. — Dumouly ; Atrésie du col d'origine chirurgicale, faisant obstacle à la dilatation. Gazette de Gyn. 1886, n° 4. – Lepage ; Un cas de dystocie par rigidité cicatricielle du col. Opération de Porro. Bull. Méd , 14 novembre 1903. – Schulein ; Berliner Klin. Wochensch. 1877, n° 42. — Taurin ; Thése Paris 1895. — Zaude ; A case of atresie of the cervix uteri complication child. Both. Courr. Rech. Texas 1891, vol. in-8°.

V. **Hypertrophie du col.** — Mémoire de Huguier 1860, et, *dans ces dernières années* : — Bertino; Sulla ipertrofia longitudinale della porzione vaginale del collo del utero. Archivio di Ost. e Ginec. 1902, n° 3, p. 174. — Bossi ;

Un caso di distocia da ipertrofia del collo dell utero Boll. della Soc. Toscana di Ost. e Ginec, janvier-février 1902. — Bossi ; Nouveau cas d'hypertrophie du col chez une femme enceinte. B. d. Soc. Tosc. di Ost. 1903-04-05. — Brioude ; La Gynécologie 1896. — Demetriades ; Contribution à l'étude de l'hypertrophie sous-vaginale du col utérin. Thèse Paris 1893. — Grizziati · Hypertrophie longitudinale du col par brièveté congénitale du vagin. Annali di Ost. e Ginecol. 1900, n° 7. — Hannssen ; Trois cas de grossesse avec hypertrophie considérable du col utérin. Centralbl. f. Gyn. 1903, n° 39, p. 1169. -- Jouveuceau ; Pathogénie de l'hypertrophie du col utérin. Thése Bordeaux 1897-98. - Merletti ; Allongamenti ipertrofico dell collo uterino da sclerosi iniziale della portio vag. Annali di Ost.e Ginecol. 1899, n° 6, p.513. Muggia ; Supra la ipertrofia del collo uterino comme causa di distocie. Revista di Ost. e Ginec. 1897, p. 209. — Pilliet et Potocki ; Ann. de Gynécologie 1896. — Thomson ; Hochgradige hypertrofie der portio vaginalis uteri. Centralbl. f. Gynök., 20/4 1894. — Turgeard ; L'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Annales de la policlinique de Lille, mars 1897. — Villa ; Etiologie de l'allongement hypertrophique du col utérin. Ann. di Ost. 1899.

Dans tous les cas de dystocie étudiés plus haut, sous le nom de dystocie mécanique, l'obstacle apporté par le col utérin à l'accouchement n'était que secondaire, et c'était au corps de l'utérus lui-même qu'il fallait s'en prendre si le travail n'avait pas marché normalement.

Nous abordons à présent l'étude des dystocies cervicales vraies, dystocies d'ordre pathologique, dues à des altérations primitives du col utérin

Ces altérations du col sont d'origine inflammatoire ou cicatricielle :

Inflammatoires, et dans ce cas, la blennorragie, les métrites puerpérales, les métrites consécutives à de petites déchirures du col et celles dues à des microbes banaux entrent en cause. Elles peuvent encore reconnaître comme cause certaines maladies générales, comme la syphilis.

Cicatricielles, et elles sont dues aux traumatismes, cautérisations, opérations diverses pratiquées sur le col.

Ces altérations provoquent divers états du col utérin qui sont :

L'oblitération du col;

La sténose, rétrécissement du col ou la sclérose (états décrits sous le nom de rigidités pathologiques).

L'hypertrophie du col (allongement hypertrophique).

I. Inflammations du col

Elles sont fréquentes pendant la grossesse et jouent un grand rôle dans les dégénérescences fibreuses de cet organe. En dehors des inflammations blennorragiques résultat de l'infection par le gonocoque, des inflammations puerpérales dues à plusieurs variétés de streptocoques, d'autres microbes qui n'ont rien de spécifique, peuvent, dans certain cas, produire des inflammations utérines.

Maintes recherches sur les bactéries du col utérin ont montré à Winter, Döderlein, Witte, Krönig, Menge, Stolz et Bossi que le mucus cervical et vaginal renferme, exception faite du gonocoque, des saprophytes ayant l'aspect de coccus ou de bacilles, de streptocoques, de staphylocoques, microbes innocents peut-être, mais qui peuvent devenir virulents sous une cause quelconque Or, pendant la grossesse, l'hyperhémie de l'organe, la distension des tissus, le prolapsus physiologique du l'utérus, la stase fécale chez les femmes enceintes constipées, sont autant de causes prédisposantes; le manque de propreté, un coït, des mouvements exagérés, peuvent servir de causes occasionnelles, réveiller la virulence des germes et créer la cervicite (Bossi). Enfin, on peut citer encore la déchirure du col utérin à chaque accouchement, comme cause d'infection locale et de métrite consécutive.

Nous avons parlé plus haut de gonocoque : C'est qu'en effet, après l'urètre, le col utérin est le milieu où le gonocoque se fixe avec le plus de complaisance. « Cette muqueuse

avec sa surface cryptoïde accidentée de creux et de saillies, ses glandes nombreuses et ramifiées dont les culs-de-sac pénètrent dans le stroma musculaire de l'organe, tapissée qu'elle est d'un épithélium cylindrique, et baignée par des sucs à réaction alcaline, semble *à priori* constituer une région anatomique on ne peut plus favorable à la pénétration des microbes et à leur pullulation. »

Au point de vue anatomo-pathologique, quelles que soient les causes, les lésions diffèrent peu : Tuméfaction de l'épithélium et du derme muqueux au début, hypertrophie glandulaire avec sécrétion exagérée, catarrhe typique. Puis la muqueuse hyperplasiée vient faire saillie à travers l'orifice externe et former ectropion. — Plus tard enfin, par obturation des orifices glandulaires et rétention des produits de sécrétion, des kystes se forment, donnant au museau de tanche un aspect mamelonné ; le gonflement de la muqueuse prend alors une forme végétante, le col ressemble parfois à une grappe de raisin. A ce moment-là, le tissu utérin a pris une grande consistance et crie sous le scalpel lorsqu'on l'incise ; c'est un tissu de sclérose plus ou moins compact, percé de nombreuses cavités kystiques. Ce travail de sclérose tend à gagner en profondeur à mesure que l'inflammation s'accentue. — La cervicite peut réaliser alors une hypertrophie réelle surtout folliculaire.

Sous l'influence des changements qui se produisent dans l'utérus par le fait de la grossesse, le ramollissement du col peut s'opérer complètement et l'accouchement se produire ; mais, qu'il y ait accouchement prématuré ou que l'influence de la grossesse ait été insuffisante pour ramollir l'induration, si l'accouchement se fait à terme, l'on aura une rigidité pathologique du col.

Quelle influence exercent les inflammations du col sur la marche du travail ? Pour Krönig, pour Audebert, la blennor-

ragie aiguë n'a aucune influence sur la marche et la terminaison du travail. Cependant, pour Wincker, la gonococcie cervicale est parfois responsable de rupture prématurée des membranes. Pour d'autres, il faut la compter comme cause d'agglutination ou d'oblitération du col utérin (voir la thèse de Fruhinsholz). La blennorragie est relevée assez souvent comme cause, lorsqu'on parcourt des observations d'oblitération du col ; par malheur, dans nombre de cas, les malades ont été déjà soumises à un traitement local (astringents, cautérisations diverses), en sorte qu'on ne sait quel est le coupable, de la blennorragie elle-même ou de son mode de traitement. Nous retrouvons cependant dans la thèse de Serre deux observations d'oblitération du col chez deux blennorragiques non traitées. Le mari de la première avait des douleurs à la miction qu'il attribuait galamment à ce que sa femme avait des pertes ; la seconde observation a trait à une bonne de café, atteinte de vaginite blennorragique, ayant subi maintes injections au permanganate, chez laquelle les rapports sexuels étaient toujours très douloureux.

Au nombre des causes d'agglutination ou d'oblitération, nous rencontrons encore les inflammations d'origine puerpérale, soit dues à des microbes banaux. Beaucoup de malades ont eu des pertes blanches ; celle de M[lle] Lautaud avait eu une endocervicite de cause restée inconnue pendant sa grossesse ; dans l'observation d'Osmont et Chottart, c'est à la suite d'un accouchement antérieur ; enfin dans l'obs. n° XXV, l'inflammation du col est consécutive à l'introduction d'herbes plus ou moins sales dans le vagin. Il faut bien rapporter à une inflammation, on ne sait de quelle origine puisque le diagnostic bactériologique ne fut pas fait, le cas rapporté par François au congrès de Marseille en 1898, où, à la suite d'une section du col au bis-

touri, s'écoula du pus jaune très liquide formant un abcès utérin de 180 à 200 grammes sans aucune influence fâcheuse sur les suites de couches.

La métrite du col, constituée depuis un certain temps, présentant les lésions décrites plus haut, peut produire les trois états pathologiques : oblitération sclérose, rigidité pathologique, hypertrophie du col.

Syphilis. — Quoique l'induration syphilitique, cause de dystocie, ne soit, même à l'heure actuelle, pas admise en France par tous les accoucheurs, on explique de trois manières différentes le mode suivant lequel la syphilis produit cet état particulier de l'orifice utérin : ou bien il s'agit d'une modification persistante des tissus amenée par un chancre cervical, modification que la grossesse maintient ou reconstitue, ou bien il s'agit d'un processus analogue à celui qui a été invoqué pour expliquer les scléroses et les rétrécissements syphilitiques du rectum.

Chancre cervical — Si le chancre du col est assez fréquent (1/18 des cas d'après Fournier), il est assez rare de le rencontrer dans les derniers mois de la grossesse. C'est que, à ce moment-là, comme le dit Le Bigot, le coït offre bien peu d'attrait. Cependant, dans les observations de Martin, de Blanc, de Ferouëlle, l'accident primitif ne datait pas de longtemps. Le chancre s'accompagne d'une dureté ligneuse, cartilagineuse, circonscrivant le col, mais avec maximum en un point de son pourtour. Ce chancre peut empiéter sur le segment inférieur, prendre le col tout entier ou seulement une de ses lèvres, l'antérieure le plus souvent; celle-ci subit, dans ce cas, une hypertrophie considérable due à une suffusion plastique etendue. Dans ces cas, le travail se prolonge anormalement; la dilatation peut commencer à se produire,

mais elle s'arrête à un moment donné, et il faut intervenir si l'on ne veut pas avoir des accidents.

Après sa guérison, le chancre syphilitique du col laisse des indurations profondes et persistantes qui ne subissent pas l'influence du ramollissement pendant la grossesse et peuvent être causes de dystocie (obs. de Püech).

Lésions secondaires. — Quoi qu'en ait dit Martin, « la rigidité syphilitique fait partie du cortège des accidents secondaires », il est plus rare qu'à cette période la syphilis du col produise la dystocie. — Les lésions qui peuvent se manifester, syphilides papulo-érosives ou papulo-hypertrophiques accompagnées d'œdèmes, bien que la grossesse ait une influence notable sur leur développement, n'atteignent pas habituellement la dureté cartilagineuse des indurations que laisse après lui le chancre syphilitique du col.

On n'en connaissait pas jadis d'observation bien précise. Il semble que les faits rapportés par Welponer, où la forme végétante du col avait rendu difficile le diagnostic à tel point qu'on avait songé au cancer ; par M. Mesnard, où le col présentait des nodosités dures, nombreuses, séparées par de légers étranglements, prenant la forme de grains de chapelet, sont bien des cas d'accidents secondaires du col. Dans les deux cas, des incisions furent nécessaires pour permettre la dilatation.

Accidents tertiaires. — On peut observer, à la troisième période, des syphilides ulcéreuses des gommes. Jullien parle d'une malade observée par lui à Lourcine, malade de 30 ans environ, dont le col utérin présentait dans l'épaisseur d'une des lèvres une tumeur un peu plus volumineuse qu'une noix, offrant d'ailleurs toutes les apparences d'une grosse gomme. Mollière a décrit un ulcère fongueux du col qui

simulait absolument une néoplasie cancéreuse et qui fut reconnue de nature syphilitique. La malade guérit en quelques semaines par le traitement.

Au point de vue de la dystocie, les accidents les plus à craindre sont les scléroses du col, lésions peu connues jadis. Leur existence fut démontrée dans l'examen *post mortem* que fit Fasola, chez une femme syphilitique morte au cours de son accouchement avec une rigidité du col infranchissable. Le tissu sclérosé, dur, comme du cartilage, occupait le col tout entier. Col et segment inférieur même sont souvent envahis par une hyperplasie conjonctive qui englobe les faisceaux musculaires et les atrophie. Les vaisseaux atteints d'endartérite et de périartérite sont oblitérés.

Les indurations très étendues, généralisées à tout le col et même au-dessus du col, créant une sténose si dangereuse pour l'accouchement, peuvent se montrer de très bonne heure; Maygrier, Le Camus, en citent des exemples assez nets. Nous rapportons plus loin le cas de Maygrier, et un résumé de l'observation de Fasola; on pourra se rendre compte, d'après ces observations, de la marche du travail dans les scléroses syphilitiques tertiaires.

II. — Rigidité d'origine cicatricielle

On peut dire, d'une manière générale, que toute blessure plus ou moins étendue du col aboutissant à un tissu de sclérose, peut produire cette lésion à un degré plus ou moins avancé. Dans nombre de cas, ce sont des femmes à qui, au cours d'un accouchement antérieur, on a fait subir une intervention quelconque : application de forceps au détroit supérieur ou à la vulve avec une dilatation in-

complète ou insuffisante, mauvaise prise avec tractions irrégulières, tractions trop énergiques, trop rapides, par secousses violentes. Certaines opérations, basiotripsie, embryotomie, en un mot l'application de tout instrument pouvant blesser ou contusionner le col utérin.

Certaines interventions manuelles, version, délivrance artificielle, dilatation manuelle du col ; un simple accouchement avec fœtus ayant la tête ou-les épaules trop grosses, l'accouchement chez les primipares parfois (thèse Coriveaud, Bordeaux 99) ; rétraction utérine provenant de l'administration intempestive d'ergot de seigle, ou bien la rupture prématurée des membranes ; autant de causes qui peuvent occasionner des déchirures du col et produire des cicatrices. Il faut signaler encore les tentatives d'avortement, interventions plus ou moins maladroites sur le col ; et l'on cite les observations classiques de Th. Anger et de Caffe. Th. Anger trouve une femme à la consultation se plaignant de violentes douleurs dans le bas-ventre à chacune de ses périodes menstruelles. Au toucher vaginal, on trouve un col dur avec un orifice fort petit. Un hystéromètre introduit dans le col butait sur une sorte de bride résistante. A force d'interroger la malade, celle-ci finit par avouer qu'environ six mois auparavant, à la suite d'un retard de ses règles, et se croyant enceinte, elle se fit à plusieurs reprises des injections de vinaigre chaud et qu'une fois elle se fit elle-même, au moyen d'une longue canule, une injection d'esprit de sel.

Caffe (thèse Tissier, 1860 et thèse Boyer 1891) rapporte un cas d'oblitération de l'orifice externe à la suite d'injections faites dans le col avec de l'eau et des cendres, également dans un but thérapeutique.

Ces cautérisations ..... accidentelles nous amènent naturellement à parler des moyens employés pour traiter les

diverses lésions soit du col, soit du còrps utérin ; en particulier des cautérisations. Ces cautérisations sont faites soit avec le fer rouge, soit avec divers caustiques Certains de ces caustiques sont de simples astringents et n'amènent jamais de cicatrisation assez intense pour donner lieu à des cicatrices dangereuses (solutions plus ou moins concentrées d'alun, de tanin, de sulfate de zinc etc...) ; c'est tout au plus si leur application répétée peut amener certains désordres. Mais les caustiques les plus employés ont une action autrement énergique (ac. phénique, nitrate d'argent solide ou liquide, nitrate acide de mercure, chlorure de zinc, pâtes de Vienne ou de canquoin, caustique de Filhos). Depuis longtemps, du reste, l'attention des chirurgiens avait été attirée sur ce point ; les thèses de Letixerant, 1852 ; *Quelques considérations sur les cautérisations du col utérin ;* de Dubreuil, 1852 : *De l'emploi du nitrate d'argent et du caustique de Filhos dans le traitement des ulcérations du col* en font foi. Une importante discussion eut lieu en 1891 à la Société de Chirurgie, et il est inutile de rappeler les plaidoyers de MM. Pozzi et Le Dentu en faveur du curettage contre le chlorure de zinc.

Ces cautérisations étaient pratiquées autrefois surtout sur le col ou la cavité cervicale. De nos jours, on a une tendance à faire des cautérisations intra-utérines en se préoccupant de la protection du col et de l'orifice interne sans toutefois y réussir toujours.

Les lésions produites par ces interventions ont été surtout étudiées pour les cautérisations au chlorure de zinc. Celles-ci éliminent sous forme d'eschare la muqueuse utérine et une partie de la musculeuse. Consécutivement à la chute de cette eschare, la muqueuse ne se régénère souvent qu'en des points isolés ou même pas du tout, la cavité utérine est alors remplie de tissu de cicatrice. Si l'on n'a pas pré-

servé le col, le siège de l'atrésie est l'orifice interne, amenant son oblitération. On voit d'ici les accidents déjà graves possibles. Les accidents sont encore plus graves lorsque les cautérisations ont porté sur le segment inférieur, à la limite de l'onde circulaire. Le tissu cicatriciel rend l'orifice indilatable, et ces cicatrices paraissent constituer un obstacle insurmontable à l'accouchement.

Dans ces dernières années cependant, quelques chirurgiens sont revenus aux cautérisations par le caustique Filhos. Richelot a porté la question à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, puis y est revenu soit dans son livre de *Chirurgie de l'utérus*, soit dans diverses publications. «Le Filhos, dit Richelot, pour les cervicites chroniques, est meilleur que tous les Schrœder qui raccourcissent le col. Avec le Filhos, on restitue au col sa forme première sans atrésie.» Richelot a même pu, dans un cas d'atrésie par le nitrate d'argent, rendre par le Filhos un canal perméable, supprimer la dysménorrhée et guérir la métrite cervicale. Le museau de tanche, sculpté pour ainsi dire par le caustique, reprend sa forme anatomique naturelle, c'est-à-dire l'aspect qu'il a chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Si certains chirurgiens ont eu des accidents, si Lepage a vu une atrésie cicatricielle avec destruction de la lèvre postérieure, c'est qu'ils ont cautérisé un peu trop fort. La formation obligée de tissu cicatriciel (Doléris) et la rétraction consécutive ne vont pas, habituellement, jusqu'à l'atrésie. Le docteur Richelot cite quatre cas d'accouchement, après cautérisation au Filhos, sans atrésie ; et le docteur Bocquel rapporte trois observations récentes où il a obtenu d'excellents résultats. Les cautérisations ont pu donner quelques résultats à des chirurgiens dans des cervicites chroniques, à cols gros, boursouflés, déchirés, polykystiques ; mais des accidents dus à l'atrésie du col sont à craindre dès que l'on

cautérise un peu trop fort. Il faut une main habile et prudente et qui sache le manier.

III. — Opérations sur le col et Grossesse

Peu de questions ont été aussi controversées que celle des rapports de l'amputation du col avec la grossesse et les accouchements ultérieurs.

Les premiers travaux parus sur ce sujet, thèses de Ducasse, de Pescher, de Mlle Olga Podebedoff, n'étaient pas défavorables à l'amputation. Pour Pescher, cependant, la dilatation se fait exceptionnellement d'une manière régulière, et dans la majorité des cas il faut s'attendre à des obstacles ; quant à Mlle Podebedoff, elle admettait que la dilatation du col se faisait plus lentement. En 1896, Lucien cite l'observation d'une femme qui, ayant subi l'amputation du col, présenta, au cours d'un accouchement, des accidents tellement graves qu'on fut obligé de pratiquer l'opération de Porro. « Il y a lieu, disait Abel, de protester contre la manie opératoire de certains gynécologues. »

En 1898, parut l'intéressant mémoire d'Audebert, mémoire riche de 16 observations inédites de femmes ayant accouché après avoir subi l'amputation du col. Ces femmes avaient été opérées, pour des indications variées, par divers chirurgiens ; elles avaient plus tard accouché dans des Maternités ; leur accouchement présenta diverses complications : rigidité cicatricielle, sténose, atrésie complète. Aussi M. Audebert concluait, de la plupart de ces observations, à l'influence fâcheuse de ces opérations sur la marche des accouchements.

Des protestations s'élevèrent contre le pessimisme de M. Audebert. La Torre, Lauro, citèrent une statistique de 9 et de 7 observations, où l'amputation du col eut une influence heureuse sur les accouchements. Ils déclarent, comme le

font en France M. Pozzi et M. Pichevin, que la plupart des opérations incriminées en leurs résultats ultérieurs ont été faites d'une manière atypique, irrégulière, avec une technique défectueuse ou une asepsie post-opératoire incomplète.

Quelque temps après, la question était portée par M. Pinard à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiâtrie de Paris. M. Pinard, se basant sur l'accouchement funeste de plusieurs femmes ayant subi, d'une manière incorrecte d'ailleurs, l'opération de Schrœder, appelait l'attention des accoucheurs sur les troubles dystociques imputables aux suites de cette intervention. Le premier fait qui servit à M. Pinard était celui d'une femme chez laquelle un opérateur malheureux avait oublié plusieurs sutures cervicales au fil d'argent. Cette femme devint enceinte et vint à terme. La dilatation ne se compléta pas par le fait du rétrécissement cicatriciel du col; les membranes se rompirent et la malade entra déjà infectée à la Clinique Baudelocque. La marche du travail fut très lente ; une basiotripsie sur la tête dernière dut terminer l'accouchement; la femme mourut, et l'autopsie révéla une large déchirure du col, en même temps que la présence sur ce dernier de plusieurs fils qui avaient empêché la dilatation et causé la rupture utérine. M. Pinard s'appuyait aussi sur le mémoire d'Audebert

Les discussions de la Société permettaient peu d'établir des données définitives ; mais les opérations sur le col faites dans de mauvaises conditions pouvant donner lieu à des accidents graves lors de l'accouchement, la Société émettait le vœu que la résection du col, quel que soit le procédé employé, ne soit pratiquée que sur des indications très précises et par des mains très sûres.

Après cette discussion à la Société d'obstétrique de Paris, des travaux contradictoires ont paru : Thèse Bernheim,

Rainguet, travaux de Chaleix-Vivie, Vitanza, favorables à l'amputation; thèse Guibout et publications de Pétroff, Rudeaux, Labonni, plutôt hostiles à l'amputation du col.

M. Porak semble avoir formulé un vœu des plus sages quand il a dit : «Pour expliquer la diversité des résultats, il faudrait pouvoir mettre en regard l'observation du chirurgien et celle de l'accoucheur.» M. Chaleix-Vivie, au Congrès d'Amsterdam, réunissait une statistique de 17 malades, puis de 4 dans une communication ultérieure, malades ayant subi l'amputation du col sous ses yeux et dont il avait pu suivre par la suite l'accouchement. Le même auteur nous écrivait en août 1903 : « Les nouveaux cas qui, depuis, m'ont passé sous les yeux, m'ont rendu plus convaincu encore que, bien faite, l'amputation anaplastique du col a plutôt une influence eutocique. Chez celles de mes opérées qui ont accouché ultérieurement, la dilatation s'est faite avec une extrême rapidité. Remarquez que je réponds avec des observations homogènes et personnelles à tous les arguments de Pinard basés sur des observations ayant trait à des femmes opérées on ne sait comment. »

Le docteur Keiffer nous écrivait aussi : « Mes opérées d'opération d'Emmet, d'amputation de Schrœder et d'amputation simple du col, qui sont devenues enceintes, ont toutes accouché normalement, les dernières surtout avec grande facilité, trop même, car je suis plusieurs fois arrivé trop tard. Il n'y avait ni déchirure de l'anneau interne, ni cicatrice préexistante due à l'opération. »

Enfin Vitanza, en février 1903, a donné une statistique de 1.500 opérations pratiquées sur le col de l'utérus pendant 20 ans d'exercice, opération suivant la méthode de Schrœder ou de Marckwald-Simond. Ses conclusions sont que ces opérations, exécutées avec l'habileté que confère une grande pratique et une longue habitude, favorisent la gué-

rison immédiate aussi bien que la fécondation, la grossesse et l'accouchement, Vitanza n'a observé que 19 cas de dystocie sur ces 1500 accouchements :

Que conclure d'opinions aussi contradictoires ? Il est certain que des opérations sur le col, comme le Schrœder ou toute autre intervention plastique, ne doivent être pratiquées que sur des données précises et avec les plus grands soins, en particulier la plus délicate de toutes, l'opération de Schrœder. Mais il ne faut pas se hâter d'attribuer tous les accidents à l'opération. Le plus souvent, on ne doit pas en rendre responsable l'opération elle-même, mais les opérateurs.

Nous terminerons par cette remarque si juste de M. de Bouilly : « Nous sommes d'avis avec M. Pinard qu'il faut bien admettre que des tissus pathologiques, restaurés, ne peuvent jouir d'une façon complète des mêmes propriétés anatomiques et physiologiques des tissus sains et non opérés. Mais il est nécessaire, en même temps, de reconnaître que les lésions nécessitant des opérations sur le col sont, par elles-mêmes, capables de créer des conditions pathologiques mauvaises pour la grossesse et l'accouchement. Dans la plupart des cas où l'intervention est indiquée, il s'agit de cols déchirés par un ou plusieurs accouchements antérieurs, infectés d'emblée ou consécutivement et atteints de métrite parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique. Bien souvent cette profonde altération est étendue au-dessus des limites de la zone opératoire ; dans l'opération de Schrœder, l'excision des portions altérées du corps ne peut dépasser l'orifice interne, et la sclérose s'étend bien souvent plus haut que la zone des tissus excisés. Il ne faut donc pas faire intervenir ce seul facteur constitué par l'opération ; une certaine part peut revenir à la maladie elle-même, que l'opération n'a parfois qu'incomplètement guérie.

A. — **Oblitération du col**

Elles ont été divisées en deux variétés : la simple agglutination des lèvres et la formation de fausses membranes ; et une adhérence cicatricielle suffisante pour oblitérer complètement la lumière du col.

Cette oblitération peut porter sur l'orifice externe et ce n'est ordinairement là que l'agglutination étudiée par Nœgelé, ou bien sur tout ou partie de la cavité cervicale; ou seulement sur l'orifice interne. Cette dernière variété est certainement la moins fréquente de toutes.

Nous en avons vu plus haut les causes : inflammations cervicales, gonococciques, puerpérales et autres ; lésion cicatricielle à la suite d'un accouchement antérieur ; d'une cautérisation d'une opération sur le col. Mais bon nombre d'observations ne donnent aucun renseignement sur les causes qui ont pu provoquer l'oblitération. On avait parlé (Nœgelé), pour les cas d'agglutination sans cause appréciable, d'organisation du bouchon muqueux. Il paraît excessif qu'un bouchon muqueux, voire même organisé, puisse être un obstacle à la sortie du fœtus. La cause n'est pas proportionnée à l'effet, les contractions utérines intenses auraient vite fait de forcer un obstacle aussi fragile.

Il est rare que l'oblitération du col soit diagnostiquée pendant la grossesse ; l'attention n'est pas suffisamment attirée par les signes que présente cette cause de dystocie. Porak a posé cependant le diagnostic au septième mois de la grossesse. « Le toucher lui permet de reconnaître un long col, conique, appliqué contre la paroi latérale et postérieure du vagin, l'orifice externe est difficilement reconnu sur la partie culminante du col ; il est punctiforme — Au spéculum une dépression dans laquelle on introduit les extrémités

d'une pince qui parvient à dilater légèrement l'orifice. Au toucher on peut alors introduire l'index, la surface interne du col est irrégulière, et l'on y reconnaît de petits tractus. A l'orifice interne, une membrane que l'on traverse difficilement avant de tomber sur l'œuf. » Cazeaux, Courvoisier ont également porté le diagnostic d'oblitération du col pendant la grossesse.

Mais le plus souvent, c'est au moment du travail que s'affirme le diagnostic. C'est parce qu'avec les douleurs pénibles le travail se prolonge, que le médecin est appelé et reconnaît l'oblitération du col. En pratiquant le toucher, on arrive sur un segment inférieur distendu, saillant, coiffant la tête, souvent aminci à tel point qu'on pourrait croire à une dilatation complète [1]. Mais quand on cherche les bords de l'orifice externe, on ne les trouve nulle part. Aucune trace, ou bien l'on trouve une légère fossette, une dépression punctiforme ou un léger mamelon, petite tubérosité saillante qui paraît être la trace de l'orifice du col.

Il faut explorer comme dans un cas de déviation du col, et compléter l'examen au spéculum. La marche du travail et le pronostic de ces oblitérations varient avec la résistance des tissus. Il est bénin dans la plupart des cas d'agglutination. Cependant, les contractions étant toujours violentes, c'est une cause de travail prolongé et d'inertie utérine, d'autant que l'agglutination même peut s'accompagner souvent de rigidité du col.

Ce pronostic ne présentera rien de fâcheux cependant, si l'orifice s'ouvre et si l'on n'a pas affaire à du tissu cicatriciel. Mais si l'oblitération est compliquée de dégénérescence fibreuse, si l'on a du tissu de cicatrice un peu étendu, le pronostic doit être très réservé, la femme est exposée à tous les acci-

[1] Cas rapporté par LAIWERJAT (1788).

dents du travail prolongé, ruptures utérines, syncopes, infections ; l'enfant plus que jamais est exposé à l'asphyxie. Nous en citons plus loin quelques observations.

B. — Atrésies. — Rétrécissements. — Scléroses

Ce sont ces cas que l'on étudie partout sous le nom de rigidité pathologique. Taurin, le premier, a protesté contre ce terme de rigidité pathologique et a proposé de le remplacer, du moins pour le sujet qui l'occupait, par celui de rétrécissement. Nous irons plus loin. Il nous semble que le mot de rigidité doit disparaître de la nosographie obstétricale. Il a la prétention de désigner des états du col si différents les uns des autres sans indiquer rien de leur cause. On l'a gardé jusqu'à présent par simple tradition terminologique, et il nous semble plus scientifique de donner à chaque variété de dystocie cervicale le nom qui lui convient.

Les scléroses du col sont d'origine inflammatoire ou cicatricielle, et nous avons vu plus haut leurs différentes causes. Limitée dans certains cas, n'occupant qu'une partie plus ou moins étendue du col utérin, elle peut, d'autres fois, atteindre le col tout entier et même le segment inférieur (scléroses syphilitiques du col).

Il est possible que ces lésions soient diagnostiquées pendant la grossesse La femme raconte que depuis telle ou telle époque, avant qu'elle devienne enceinte, ses règles étaient douloureuses, et un interrogatoire plus approfondi permettra de découvrir qu'elle a eu un traumatisme ou une inflammation du col utérin. L'hystéromètre est interdit à ce moment, mais le toucher permettra peut-être de se rendre compte que le ramollissement du col ne se fait pas d'une manière régulière et uniforme, et l'on peut apprécier les parties atteintes

de sclérose. Et même la lésion passera inaperçue si elle siège sur l'orifice interne.

Mais, dans la majorité des cas, ce n'est qu'au moment du travail que la sclérose est reconnue.

Le travail commence très régulièrement; l'effacement s'est produit d'abord, la dilatation a progressé ensuite jusqu'à un moment donné, après elle s'arrête. Malgré des contractions énergiques et répétées, des douleurs très intenses, malgré que la femme s'épuise, le travail n'avance pas.

Et le toucher va nous permettre de trouver le siège de l'obstacle au col. La lésion siège à l'orifice externe : Le col est inégalement ramolli et une zone plus ou moins étendue reste dure, scléreuse, indilatable Des adhérences réuniront parfois ce col au vagin, et à la rigidité pathologique vient s'ajouter la gêne que produit la déviation du col. Le plus souvent, le segment inférieur, plus ou moins aminci, forme dans le vagin une tumeur lisse, arrondie, saillante.

Quand la lésion siège à l'orifice interne, le col, ramolli, mais non effacé, permet l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice interne. Là, il est arrêté par une arête rigide ligneuse, avec parfois des points plus durs, plus consistants, plus rigides. Le doigt qui explore l'orifice interne en ramène presque toujours des mucosités filantes. Si le segment inférieur est atteint dans le tissu de cicatrice, ce dernier formera un anneau inextensible, obstacle insurmontable à l'accouchement.

Enfin, le col tout entier peut être déformé et présenter les modifications les plus diverses.

La marche de l'accouchement et le pronostic sont essentiellement liés à l'étendue des lésions. Il est certain que, dans les cas de sténose légère ou de cicatrice peu étendue, aucune complication sérieuse n'est à craindre, sans quoi la plupart des femmes ayant eu des enfants seraient exposées

lors d'un nouvel accouchement. Les cicatrices consécutives à un accouchement laborieux, une application de forceps, une basiotripsie, une embryotomie, une version, n'amènent pas, non plus, du moins habituellement, de redoutable complication Et même avec une cicatrice un peu plus étendue, on peut espérer que la partie restée saine du col, et qui s'est ramollie, suppléera au défaut partiel de dilatation; tout au plus la femme s'en tirera-t-elle avec une légère déchirure du col.

Mais si la cicatrice est large, la sclérose très étendue ou totale, la femme est exposée à de redoutables accidents : déchirures du col avec hémorragie redoutable si cette déchirure dépasse les limites de l'insertion vaginale, zone dangereuse ; ruptures utérines ; infection toujours à craindre avec une plaie béante, quelques précautions antiseptiques qu'on prenne.

La possibilité de ces accidents nécessite donc une intervention rapide de la part de l'accoucheur, et, si le pronostic est lié à l'étendue des lésions, il dépend beaucoup de la conduite du praticien.

C. — **Hypertrophie du col**

A côté des oblitérations du col et des rigidités pathologiques, il nous faut faire une place à l'allongement hypertrophique du col, que cet allongement porte sur le col tout entier ou seulement sur les segments sus et sous-vaginal.

Comme l'oblitération et les scléroses, cette hypertrophie est toujours consécutive à l'infection ou au traumatisme [1].

Infection : et le malfaiteur est le plus souvent le gonocoque ou le microbe de l'infection puerpérale. L'inflammation de la muqueuse du col gagne les tissus sous-jacents

[1] Nous ne parlons pas des cas d'hypertrophie congénitale ou évolutive qui s'accompagnent presque toujours de stérilité.

qui s'hypertrophient; il se forme une folliculite kystique avec sclérose périfolliculaire.

Traumatisme : et ce sont des manœuvres opératoires blessant le col, des manœuvres abortives ou des cautérisations sur le col qui sont en cause. Ces dernières surtout, pratiques thérapeutiques qui, tout en détruisant les germes pathogènes qui se trouvent à la surface de la muqueuse utérine, respectent ceux qui sont enfouis dans le fond des culs-de-sac glandulaires, les protégent même par un tissu de cicatrice qui obstrue les orifices des glandes, et, suivant l'expression de Doléris, enferment le loup dans la bergerie. Le travail inflammatoire suit son cours et aboutit bientôt à une hypertrophie fibreuse. Les rapports sexuels, les exigences de la vie conjugale, peuvent être une cause de violences, surtout chez les femmes à vagin court, le port d'un pessaire, dans un cas rapporté de Brioude. Enfin, bien souvent le prolapsus utérin s'accompagne d'hypertrophie, et il est inutile de rappeler qu'avant le mémoire d'Huguier, hypertrophie et prolapsus étaient souvent confondus.

Il est rare que cette hypertrophie ne soit pas diagnostiquée pendant la grossesse. La femme accuse presque toujours des troubles métritiques, leucorrhée, écoulement d'un liquide filant, visqueux, épais ; des troubles de la miction, une constipation opiniâtre, enfin une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Le toucher révèle l'existence d'une saillie de dimensions et de consistance variables, consistance particulièrement résistante dans les hypertrophies anciennes ; surface irrégulière, mollasse, avec des saillies qui s'affaissent parfois sous le doigt si l'hypertrophie est due à une métrite avec forte sécrétion de mucus. Parfois, l'orifice externe est large, ouvert, fendu transversalemennt avec, souvent, éversion de la muqueuse utérine.

Dans un cas d'hypertrophie du col, la grossesse va rare-

ment jusqu'au terme; le plus souvent, les femmes avortent au troisième ou au quatrième mois. Mais, dans les cas où le neuvième mois a pu être atteint, la parturition a souvent été pénible, le col se laisse dilater difficilement, l'accouchement est long et laborieux; il faut employer bien souvent le forceps et produire des déchirures du col. Parfois même, le travail n'avance pas, il est impossible d'introduire le forceps et il faut faire des incisions sur le col.

On peut, lorsqu'on constate l'hypertrophie du col pendant la grossesse, en pratiquer l'amputation. Hanssen rapporte en 1904 trois cas de jeunes femmes enceintes avec une hypertrophie considérable du col, qui atteignait 7 centim. chez l'une d'elles. Il pratiqua la résection de ces trois cols hypertrophiques. L'une de ces femmes avorta, la seconde accoucha prématurément, la troisième accoucha normalement.

CHAPITRE V

Diagnostic

Bibliographie. — Auvard ; Dilatation de l'utérus. Archives de Tocologie juin 1896. — Charuel ; Dilatation anormale du col utérin. Thése Bordeaux 1894. — Löhlein ; Adhéreuce du pôle inférieur de l'œuf comme obstacle à la dilatation. Centralbl. b. Gyn. 1899, n° 19, p. 529.— Maygrier; Diagnostic du travail et ses difficultés. La Presse médicale, 2 août 1889. — Rapin ; Séjour prolongé du fœtus dans la cavité cervicale très dilatée. Semaine médicale 1901. — Ventuéjol ; Thése Paris 1894. — Viannay ; Phimosis congénital du col utérin. Revue de Pozzi. 1903.

Dans certains cas, le diagnostic peut très facilement être posé. Il est certain qu'un prolapsus utérin, avec hernie à la vulve de l'organe prolabé, une hypertrophie du col utérin, un allongement œdémateux du col, peuvent, dans tous les cas, facilement être reconnus; on peut reconnaître l'obstacle apporté par le col utérin à l'accouchement et agir en conséquence. Une tumeur du col, kyste, polype, pourraient, à la rigueur, prêter à confusion, mais le toucher attentif poserait le diagnostic. On doit se demander auquel de ces accidents on a affaire, d'autant que prolapsus et hypertrophie peuvent coexister souvent, mais chacune de ces affections possède des signes propres : la situation du fond de l'utérus, l'exploration des culs-de-sac permettent de reconnaître le prolapsus; l'induration spéciale que présente le col hypertrophié, l'aspect rouge violacé du col œdémateux, différencient ces deux dernières affections.

D'autres cas sont d'un diagnostic plus délicat et l'on peut se demander si l'obstacle siège bien au col.

Les malformations vaginales peuvent prêter à confusion. On a vu des rétrécissements du vagin admettre à peine une sonde de trousse. L'erreur est d'autant plus possible que ces rétrécissements siègent habituellement à une grande hauteur. Des cloisons transversales dans le vagin, avec orifice microscopique, des brides haut situées dans le vagin, sont encore causes d'erreur. Enfin, l'affection décrite sous le nom de phimosis du col utérin [1] pourrait parfois faire porter un faux diagnostic.

Lôhlein signale un cas de dystocie pouvant parfois prêter à confusion, c'est celle produite par l'adhérence du pôle inférieur de l'œuf. Parfois, à la suite d'un processus d'endométrite chronique, les membranes sont adhérentes au pourtour du col. Le début de l'accouchement est normal, aucun obstacle habituel à la dilatation du col, et cependant la dilatation, l'effacement même, n'avancent pas. Après un ou plusieurs jours de travail, l'orifice interne n'est pas plus ouvert que l'orifice externe. Le toucher permet de reconnaître l'adhérence exagérée des membranes, il n'y a qu'à libérer les adhérences au doigt et la dilatation avance, à moins que l'adhérence des membranes ne s'étende au delà de la zone que le doigt peut arriver à parcourir. Dans ce cas, il n'y a qu'à percer la poche des eaux. Cette complication aurait été observée par Löhlein environ 15 fois sur 3,000 accouchements. Nous en donnons plus loin une observation.

Enfin, le croira-t-on, dans certains cas exceptionnels certaines parties du fœtus lui-même peuvent être prises, par une personne naïve, pour le col de l'utérus. Ventuejol [2] rapporte l'aventure arrivée à ce jeune homme « fils de médecin,

[1] Viannay (Revue de Pozzi, 1904).

[2] Ventuejol.— Thèse Paris 1894, déjà citée.

médecin lui-même, qui remplaçait son père auprès d'une parturiente. Le travail était long, la dilatation lente à se produire. Il attendit une heure, deux heures, faisant de temps à autre des applications d'onguent belladoné et essayant de dilater l'orifice avec son doigt. Le travail n'avançait toujours pas. A la fin, inquiet et troublé, il courut chercher son père, qui arrive aussitôt. L'accouchement venait de se terminer spontanément. En examinant l'enfant, le père remarqua que l'anus était rouge, tuméfié, et recouvert de belladone. Il s'agissait d'une présentation du siège, et le jeune praticien avait pris l'anus pour l'orifice utérin » Ventuejol ne garantit pas l'authenticité de ce fait, mais *se non e vero*...

Nous ne ferons que mentionner, en passant, un accident bizarre décrit par Rapin : le fœtus ayant fait un séjour prolongé dans la cavité utérine, l'anneau de contraction était remonté par dessus le corps du fœtus, puis avait passé par dessus le siège, pour venir se rétracter sur la paroi antérieure de l'abdomen, sur le dos de l'enfant. Les contractions restaient sans effet sur la progression du fœtus, l'utérus rapetissé se contractait inutilement dessus. L'enfant ne put être extrait que par un forceps.

L'obstacle étant reconnu siéger au col, divers cas peuvent se présenter. Dans certains cas, tout d'abord, on cherchera le col utérin et on ne le trouvera pas. Nous éliminons : 1° le croisement des lèvres du col, décrit par Dugès, dans lequel la lèvre antérieure est couverte et embrassée par la postérieure, masquant ainsi l'orifice du col ; où le doigt ne peut pénétrer que dans une position très oblique. L'introduction du doigt pose le diagnostic ; 2° les cas décrits par Budin chez les primipares âgées où il n'existe qu'une sorte d'orifice punctiforme à peine perceptible au toucher.

En dehors de ces deux états, on peut se demander quelle

est la nature de l'obstacle : absence de col, oblitération du col utérin, déviation utérine.

L'utérus acollis est très rare et le diagnostic n'en est guère possible que pendant la grossesse. Cela n'a, du reste, aucune importance pratique. Il est autrement important de diagnostiquer l'oblitération du col de ses déviations. L'observation de Depaul est citée partout : « Femme à 7 mois, avec tumeur saillante dans l'excavation, présentant au milieu une petite saillie ombiliquée en son centre. Depaul crut à une oblitération du col, pratiqua l'hystérotomie vaginale; malheureusement il tomba juste sur le placenta, et la femme mourut d'hémorragie. »

Il ne faut négliger aucun mode d'exploration pour arriver à déterminer exactement la situation du col; souvent un simple changement de position de la malade peut faciliter la tâche. Dans les déviations, le cul-de-sac dans lequel se trouve le col est toujours très profond, alors que le cul-de-sac opposé a beaucoup diminué de longueur et est quelquefois même effacé. Le palper méthodique de l'utérus permettra de savoir si cette déviation du col est primitive ou secondaire à la déviation du corps.

Dans une autre série de faits, le col est parfaitement accessible au toucher, l'orifice est arrivé à se dilater jusqu'à un point donné ; mais malgré tous les efforts, la dilatation reste la même et l'utérus se contracte inutilement. La femme éprouve de violentes douleurs de reins et est parfois très affaiblie.

« Une enquête rapide pourra le plus souvent faire connaître le passé génital et gynécologique de la parturiente. Le toucher fera connaître ensuite les signes propres à la nature cicatricielle du col. Tantôt, et c'est le cas le plus rare, il y a déformation totale du col avec des modifications les plus variées. Tantôt le retrécissement cicatriciel porte sur

l'orifice interne ; le col est ramolli et se laisse facilement pénétrer par le doigt, tout en donnant la sensation de linge mouillé ; il n'est pas effacé. Quant à l'orifice interne, il donne la sensation d'une arête rigide, musculaire, qui retient le doigt à la manière d'un diaphragme de consistance dure et ligneuse; d'autres fois, cette résistance est inégale: on sent des mamelons ou des saillies plus dures, le doigt en ramène toujours des mucosités sanguinolentes. Tantôt, enfin, c'est l'orifice externe seul qui est le siège de la sclérose cicatricielle. On ne sentira parfois, dans les cas bénins, qu'un ou deux noyaux, tandis que la partie souple aura de la tendance à se dilater; on pourra, dans d'autres cas, les plus fréquents, trouver l'orifice plus ou moins béant, mais dur, rigide, parfois avec une consistance ligneuse ou cartilagineuse, surtout marquée dans les scléroses syphilitiques[1]. »

Le col amputé est plus ou moins raccourci, les lèvres en sont remplacées par un bourrelet fibreux appréciable, mais d'épaisseur et de dimensions variables, plus ou moins irrégulier dans sa forme. Ces irrégularités sont dues à des brides cicatricielles.

Dans les cas de cancer, l'état bourgeonnant, tomenteux, ulcéreux du col est caractéristique; il s'accompagne presque toujours, même dans la grossesse, d'hémorragie et d'écoulement sanieux.

Parfois, rien, dans le passé génital de la femme, ne peut expliquer l'obstacle du col dans le travail de l'accouchement. On peut avoir affaire à ce qu'on a appelé fausse rigidité du col, spasme du col ou rigidité anatomique. Le spasme du col, rigidité spasmodique, n'existe pas, nous l'avons vu; il n'y a que défaut de dilatation préalable, ou bien rétraction

[1] LARRIEU. -- Ouvrage cité.

de l'anneau de Bandl, le « hour glass des Anglais » — Tous les cas décrits sous le nom de resserrement de l'orifice interne sont des cas de resserrement dû à l'anneau de contraction. Il est facile de s'en rendre compte par le toucher.

Quant à la rigidité anatomique, elle n'est, nous l'avons vu, qu'une infiltration œdémateuse du col. Il faudra donc, dans ces cas-là, chercher ailleurs la cause première de la dystocie et se demander si l'on n'a pas tout simplement affaire à une autre cause : inertie utérine, irrégularité des contractions hydramnios, application imparfaite de la partie fœtale sur le segment inférieur et le col, rétrécissement du bassin.

Au point de vue thérapeutique, du reste, cette distinction n'a pas toute l'importance que certains accoucheurs ont bien voulu y attacher. La conduite à tenir varie peu, quelle que soit la cause ; nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VI

Traitement

Bibliographie. — Thèses Gauvry (Paris 1894); Grenet (Paris 1894); Léon Frarier (Lyon 1899).

Akuloff; Comptes rendus de la Soc. de Vilna 1885. Cocaïne dans la rigidité du col. — Audebert; Gaz. Hebd. Méd. et Chir. Paris 1899, p. 373. — Bonnaïre; Presse médicale, 14 août 1897. — Bué; Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique. Prix Tarnier 1902. — Calvet; Action de la cocaïne par voie rachidienne sur la contraction utérine. Thèse Paris 1902. — Chaleix-Vivie; Manœuvre de Bonnaïre dans la rigidité congénitale du col. Bull. Gén. de Thérap. 8/1 1901. — Coromilas; Congrès de Genève, 5 septembre 1896. — Démelin; De la cocaïne en obstétrique. L'Obstétrique 1901, p. 122. — Démelin; De la dilatation artificielle de l'orifice utérin. L'Obstétrique 1898, p. 311. — Doléris; Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, novembre 1900. — Dührssen; Ueber den Werth der Tiefen cervix u. Scheidendaum Einschnitt. Arch. f. Gynœk. 1890, XLIV, 3. — Farrar; De l'emploi de la cocaïne dans la rigidité du col. Gaz. de Méd. et de Chir., 10 mai 1896. — Fieux, Fochier; Dilatabilité artificielle du col. Incisions cervicales au début de la dilatation chez les primipares. Soc. Obst. de France, avril 1898 et avril 1899. — Kayser; Zeits. Chi. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXVII, 2-9-3. — Keim; Lactose de l'accouchement. Société de Biologie, 8 octobre 1898. — Mercier; Dilatation rapide par la méthode de Bonnaïre. Monatsch. b. Geb. u. Gynœk. 1903, p. 1299. — Nanotti; Dix opérations de Porro. Annali di ostetricia, novembre 1902. — Puech; Guide de thérapeutique obstétricale. Montpellier et Paris 1902. — Rosenstein; Dilatation mécanique du col d'après Duhrssen. Thérap. Monatsch, octobre 1893. — Sarway; Valeur de la douche de Kiwisch pour provoquer l'accouchement. Arch. f. Gynœk. Bd LX, 1895. — Simpson; Dilatation mécanique rapide du col utérin. The Scott. Med. and Surg. septembre 1902. — Treub; Dilatation rapide par le procédé Bonnaïre. Niederland Gyn. Gesellsch, 12/2 1902. — Vitanza; Dilatation forcée et incision du col dans l'accouchement. Arch. di Ost. e Ginecol. 1898, p. 257. — Westphalen; Cocaïne dans l'accouchement. Centralbl. f. Gyn. 1901, p. 1028. — Zengemeister; Centralbl. f. Gyn. 1903, n° 4.

Si les causes et les formes de la dystocie sont nombreuses, en revanche, dans bien des cas, la conduite à tenir est la même, et on leur a appliqué les mêmes moyens thérapeutiques. Passons en revue ces moyens thérapeutiques :

La simple expectation peut souvent être conseillée. Attendre avec patience tant que rien ne presse. « Savoir attendre, dit Budin, est parfois faire preuve de la conduite la plus habile ; ce qui est impossible à un moment donné peut devenir possible quelques heures plus tard, les conditions dans lesquelles se trouvait l'utérus ayant changé ». On associe à cette conduite, le plus souvent, l'emploi des antispasmodiques.

Le nombre était grand autrefois des antispasmodiques employés : injections vaginales huileuses, mucilagineuses, émollientes de toutes sortes ; à l'intérieur, la camomille, la valériane, la corne de bœuf succinée, le castoréum, la teinture de lobélie, la belladone en pommade ou en extrait sec; la saignée, saignée généreuse qui devait aller souvent jusqu'à la syncope.

De tous ces moyens, on n'a guère conservé que l'opium en lavements laudanisés, ou en injections de morphine ; le chloral et surtout le chloroforme. On se sert encore, dans bien des cas, des bains chauds et prolongés (voir thèse Gauvry).

La cocaïne a été employée par Aküloff en injections intra-utérines à 0,30 cg ; par Westphalen en pommade, par Coromilas en pommade aussi et associée à l'antipyrine. Nous ne parlons pas des injections intrarachidiennes de cocaïne et de leur action eutocique, on en est bien revenu.

La rupture des membranes, si elle est cause d'irrégularités dans la contraction interne, lorsqu'elle est faite prématurément, peut être parfois nécessaire lorsque, la dilatation étant stationnaire, les membranes restent tendues dans l'inter-

valle des contractions. Fieux donne plusieurs cas de fausses rigidités traitées par ce procédé.

Répondant à de tout autres indications, certains moyens ont été employés s'adressant à l'inertie de l'utérus et réveillant ses contradictions.

Le tamponnement cervico-utérin (Audebert), l'électricité (Ramsbotton, Tibjakoff, Jacobi), moyen énergique peut-être mais dangereux, à cause de son action sur la tête de l'enfant; l'eau froide ou chaude, injections vaginales froides, applications de glace sur le ventre, moyens bien peu pratiques; les douches de Kiwisch, dont s'est servi récemment encore Sarwey, ont été successivement employés. On préfère aux douches de Kiwisch, un peu brutales, les injections vaginales chaudes, prolongées et multipliées.

La quinine a donné des résultats heureux à Doléris enfin; pour Keim, la lactose serait un excellent médicament pour ramener la contraction utérine. En tout cas, il est bien inoffensif. Nous avons passé sous silence, bien entendu, l'homicide ergot de seigle.

Ces moyens, passés en revue, sont bien souvent insuffisants, et l'on ne s'y attardera pas. Pour peu que le temps presse, on s'adressera à la dilatation mécanique, que celle-ci soit manuelle ou instrumentale.

On a commencé souvent la dilatation soit avec les bougies d'Hégar, soit avec la laminaire ou l'éponge préparée (Petitfour), procédé d'asepsie douteuse La dilatation doit être continuée avec d'autres instruments.

Les ballons peuvent être utiles, lorsque le non engagement de la présentation permet leur emploi. Le plus fréquemment employé est celui de Champetier de Ribes. C'est le seul qui permette d'obtenir une dilatation complète, avec le moins de déchirures possibles.

On a conseillé parfois de tenter à l'aide du forceps l'ex-

traction fœtale, même avec une dilatation insuffisante, en escomptant l'action dilatatrice de l'instrument C'est un procédé qui oblige la plus grande douceur et comporte de bien gros risques.

Les dilatateurs métalliques à trois branches (Tarnier) ou à quatre branches (Bossi) peuvent rendre quelquefois des services, mais ils agissent bien lentement.

La dilatation manuelle permet d'agir plus rapidement; elle peut être pratiquée, soit avec une seule main, procédé lent et fatigant, soit avec les deux mains, manœuvre de Bonnaire. Un index est introduit d'abord dans le col, puis l'autre index, et ces deux doigts adossés essaieront de dilater l'orifice, un médius puis l'autre sont introduits ensuite ; et ces doigts jouent le rôle d'une pince dont on écarterait les mors. La manœuvre de Bonnaire est, dans la plupart des cas, le procédé de dilatation de choix.

Mais la dilatation forcée ne pourra pas toujours vaincre la résistance d'un col pathologique. On a recours dans ce cas aux incisions, méthode vieille comme l'art des accouchements. Deux méthodes en présence, la vieille méthode française, des petites incisions multiples, bien timide et qui ne met pas à l'abri d'une déchirure du col, et la méthode des grandes incisions profondes « à la Dührssen » bien préférable, sans aucun danger, pourvu qu'elles ne dépassent pas l'insertion vaginale du col, et respectent la vessie lorsqu'elles sont faites en avant.

Ce procédé des incisions du col avait paru tellement anodin à Fochier qu'il avait proposé de le faire systématiquement à chaque accouchement de primipare. On a trouvé à juste titre, le procédé brutal et... inutile dans la plupart des cas, et les primipares continuent à accoucher comme par le passé.

Lorsque tout le col est atteint d'une altération organique

quelconque, qu'il est scléreux, inextensible, ou que la lésion s'étend jusque sur le segment inférieur, mieux vaut ne pas s'attarder à des procédés qui seraient insuffisants et pratiquer d'emblée l'opération césarienne, et pour peu qu'on craigne l'infection, on fera suivre cette césarienne de l'opération de Porro.

OBSERVATIONS

Classification

Dystocie congénitale............	Absence de col utérin, obs. I. — II.
—	Utérus biforis, III,
—	Cloisonnements transversaux, IV.
Dystocie secondaire..............	Déviations, V. — VI.
—	Fausse rig. spasmodique, VII. — VIII. IX. — X.
—	Fausse rig. anatomique, XI. — XII. — XIII. — XIV.
—	Œdème du col, XV. — XVI. — XVII, — XVIII. — XIX.
—	Thrombus du col, XX.
Dystocie d'ordre pathologique .	Inflammations : XXI. — XXII. — XXIII. XXIV. — XXV. — XXVI. — XXVII.
—	Syphilitiques, XXVIII. — XXIX. — XXX. XXXI. — XXXII.
—	Cicatricielles, XXXIII. — XXXIV. — XXXV.
—	Opér. sur le col, XXXVI. — XXXVII. — XXXVIII. — XXXIX.
Diagnostic......	XL.
Thérapeutique...........	Injections chaudes, XLI.
—	Quinine, XLII.
—	Cocaïne, XLIII.
—	Electricité, XLIV.
—	Incisions du col, XLV. — XLVI.
—	Dilatation manuelle, XLVII.

Observation Première

Absence du col. — Orifice non dilatable. — Débridement de l'orifice utérin. Puech ; compte rendu statistique de la maternité de Montpellier, *Montpellier Médical*, 1894.

C..., Pauline, 28 ans. mariée, entre à la clinique le 25 octobre 1893.

Antécédents héréditaires nuls. Fièvre typhoïde à 12 ans. Suette miliaire (?) à 15 ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Il y a deux ans, première grossesse, bonne et régulière jusqu'au cinquième mois. A cette époque, légères douleurs abdominales et perte sanguine qui firent croire à une menace d'avortement. La malade ayant été soumise au repos, les douleurs disparurent, mais l'écoulement sanguin continua, léger jusqu'à la fin de la grossesse, arrivée au terme normal.

C'est à l'occasion de cette perte que le médecin, consulté, pratiqua une exploration génitale, à la suite de laquelle il aurait déclaré ne point constater d'orifice au col de la matrice, et annoncé dès ce moment des difficultés pour l'accouchement. Le 9 novembre 1891, à 6 heures du matin, premières douleurs de l'accouchement. Mais celui-ci ne fit aucun progrès pendant les deux jours qui suivirent, et le 11, à 4 heures de l'après-midi, le médecin pratiquait une incision sur le col, à la suite de laquelle il fit aussitôt une application de forceps qui lui permit d'extraire un enfant vivant. Suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles, fin janvier, commencement février; mais leur disparition n'a point été suivie des phénomènes habituels qui accompagnent le début de la grossesse, au point que la malade a cru, pendant un certain temps, ne pas être enceinte.

Au toucher vaginal, on constate que la tête est bien engagée et refoule le segment antéro-inférieur de l'utérus qui la coiffe. L'exploration du col reste d'abord négative; ce n'est qu'en portant le doigt en haut et très en arrière qu'on sent une sorte de bride

circulaire, au centre de laquelle le doigt ne peut pénétrer, et que l'on considère comme l'orifice externe du col. Mais il ne fut pas possible de déceler l'existence d'une saillie pouvant se rapporter au col. On renvoya à un autre jour l'examen au spéculum.

Le 28 octobre, à 2 heures de l'après-midi, avant qu'on ait procédé à cet examen, premières douleurs de l'accouchement. Ces douleurs restèrent faibles et espacées jusqu'au lendemain soir, 5 heures. A partir de ce moment, les contractions devinrent plus énergiques et se rapprochèrent de plus en plus. L'orifice utérin, primitivement très en arrière, se rapprocha petit à petit du centre de l'excavation, mais sans présenter encore de dilatation.

A 6 heures du soir, lorsque M. le professeur Grynfeltt vit la malade, il put cependant introduire la pulpe de l'index à travers cet orifice faiblement dilaté et sentir, derrière les membranes, la tête de l'enfant. Le col était absolument mince; le doigt se sentait bridé par une véritable corde fibreuse, mais sans chaleur ni sensibilité. A 10 h. 1/2, la situation est sensiblement la même; la dilatation est cependant un peu plus grande (une pièce de 0 fr. 50 environ), les douleurs sont assez vives ; l'état de l'enfant est bon...

M. Grynfeltt se décide à intervenir : un coup de ciseaux débride la lèvre antérieure sur son milieu; avec le bistouri boutonné, la même opération est exécutée sur la lèvre postérieure et sur les côtés Ces incisions, qui ont 7 à 8 millimètres, déterminent une dilatation comme une pièce de 40 sous, rapidement complétée par l'introduction du dilatateur de Tarnier, dont les manches sont lentement rapprochés avec la main. Aussitôt la dilatation complète obtenue, on fait une application de forceps sur la tête, profondément engagée en G.A., et on extrait un enfant vivant du poids de 2 k. 870 gr.

Les suites de couches ont été absolument normales. Quinze jours après, la malade a quitté le service. A ce moment, le toucher vaginal montre que le col n'est pas constitué ; on sent simplement le segment inférieur avec un orifice festonné de nodules cicatriciels.

Observation II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Pamard

Jeune fille de 32 ans. Rien dans ses antécédents ou héréditaires qui mérite d'être signalé. Bien réglée jusque-là, devient enceinte en mars 1872, après avoir eu des relations avec son beau-frère. Le docteur Millet examine cette femme en juillet et n'est pas peu surpris de ne pas trouver trace de col utérin. Le vagin se termine en cul-de-sac et il a beau chercher, il n'arrive pas à percevoir d'orifice du col. La malade, expédiée comme pensionnaire chez une sage-femme d'Avignon, est confiée aux bons soins du docteur Pamard. Celui-ci examine la femme, pratique le toucher dans diverses positions, ne trouve aucune saillie paraissant se rapporter au col utérin. L'examen au spéculum est tout aussi négatif. Présentation du sommet en O I D A.

La femme et l'enfant se portant bien, on décide de laisser les choses aller tranquillement leur cours.

Au début du neuvième mois, le travail commence. La tête appuie sur le dôme vaginal et l'on peut percevoir un pertuis microscopique. Des pressions sont exercées avec l'index sur cet orifice. Bientôt l'index peut être introduit, puis deux doigts, puis trois, quatre, enfin, la dilatation peut être complétée à la main. Application de forceps, dès que la dilatation est suffisante, qui permet d'extraire un enfant du sexe masculin du poids de 3 kil. 200.

Suites de couches excellentes. L'examen de la femme, pratiqué trois mois après, ne permet pas de constater davantage la présence du col utérin.

Observation III

Utérus biforis comme obstacle à l'accouchement

Mekus. *Centralbl, B. Gyn*, 1880, ch. 13, p. 294

Anna B..., 22 ans, non mariée, primipare, avec douleurs depuis dix heures. Quoique la tête soit profondément descendue la dilata-

tion ne se fait pas. En examinant la patiente, l'auteur constate que l'orifice du col utérin est profondément descendu jusqu'à l'orifice du vagin ; les bords en sont tranchants et, sur la gauche, un ligament de 2 à 3 centimètres de largeur s'étend au-dessus du crâne de l'enfant. A gauche de ce ligament, un second orifice utérin des dimensions d'un thaler, dont les bords sont également tranchants ; à travers cet orifice, on peut palper la petite fontanelle alors qu'on peut sentir la grande à travers l'orifice droit.

Pendant les douleurs, ce ligament dur et fort se tend énormément et fait obstacle à la sortie de la tête.

Voyant que les contractions utérines sont inutiles malgré leur violence, l'auteur coupe le ligament entre deux pinces et extrait au forceps une fillette vivante.

Suites de couches normales.

Six semaines après l'accouchement, l'examen du col permet de constater une division transversale de l'orifice utérin, trace évidente de son utérus biforis.

Observation IV

Brièveté du vagin. — Agglutination des lèvres du col. — Diaphragme du col. Dilatation manuelle. — Budin, *in* thèse Ferrand, 1900

Jeanne A..., 24 ans, primipare, entre à la clinique Tarnier, salle de travail, le 21 octobre 1899. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Dernières règles fin janvier 1899. Grossesse normale.

Premières douleurs le 21 octobre, à 3 heures du soir. La femme dit avoir perdu les eaux, mais on ne peut préciser à quel moment les membranes se sont rompues.

Au palper, sommet engagé en O I D P. Au toucher, on est frappé de la brièveté du vagin ; on arrive presque immédiatement sur le segment inférieur de l'utérus qui bombe appliqué sur la partie fœtale engagée ; on peut sentir à travers le segment inférieur la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche, mais on ne peut trouver l'orifice externe du col. On sent cependant, par un toucher plus minutieux, un petit nodule situé en haut et à droite, qui semble

être le vestige d'un orifice cervical dont les lèvres se seraient agglutinées.

Dans la nuit, malgré des douleurs fortes et régulières, comme la dilatation ne se fait pas, on appuie l'extrémité de l'index sur le petit nodule et, par des mouvements de vrille, on arrive à détruire l'agglutination. La dilatation se produit immédiatement et atteint le diamètre d'un franc.

On attend un moment. Comme la dilatation ne progresse plus et que les contractions utérines deviennent rares et sans énergie, et comme, de plus, la température atteint 38°8, on décide de terminer la dilatation par la méthode bimanuelle de Bonnaïre. La femme est mise en travers du lit après toilette vulvaire et injection vaginale. L'index de la main droite est introduit dans le vagin et arrive sur le col dilaté, mais il sent alors très nettement, au-dessus de l'orifice externe, un second orifice entouré incomplètement par une sorte de bride de diaphragme résistant. L'index de la main gauche est introduit à son tour, et, les faces dorsales des deux doigts s'appuyant l'une sur l'autre, on parvient à dilater le col de manière à y introduire les deux médius, puis les deux annulaires, toujours dos à dos. Sous l'influence des pressions exercées, peu à peu la dilatation se complète. A ce moment, il ne reste plus de traces du diaphragme si nettement perçu tout à l'heure.

On fait tousser la femme, la tête fœtale descend sur le périnée, la rotation interne se fait rapidement, et, à 8 h. 15, la femme met au monde un enfant du sexe masculin, bien conformé, du poids de 2 kil. 900 gr.

Délivrance spontanée 20 minutes après.

La femme quitte l'hôpital le 4 novembre avec son enfant bien portant.

Observation V

Auvard. — Pseudo-rigidité du col avec inclinaison de l'utérus
Semaine médicale 1891

Tertipare, le travail dure depuis 36 heures, la dilatation à peine a trois travers de doigt, la poche des eaux intacte, le sommet en O I D P. La tête appuyait mal sur le segment inférieur, et l'utérus était fortement incliné à droite, de telle sorte que le fœtus ne s'en-

gageait pas suivant l'axe du bassin. L'orifice du col était dirigé à gauche et en arrière.

Comme le col donnait assez bien cette sensation de cuir imbibé de graisse, le diagnostic de rigidité anatomique, porté par le médecin traitant, paraît exact à M. Auvard, qui conseille bains, injections chaudes, lavement de chloral. Cependant, en pratiquant un nouvel examen, il fut frappé de l'inclinaison de l'utérus à droite, et de la déviation du col en arrière et à gauche. Il redressa alors de la main le fond de l'utérus pendant que le doigt vaginal accrochait l'orifice utérin et le ramenait sur la ligne médiane.

Cette manœuvre provoque immédiatement une contraction énergique qui fait appuyer la tête sur l'orifice utérin et le dilate notablement. En continuant à maintenir l'utérus dans la même position, les contractions se succédèrent énergiques et très douloureuses. En 20 minutes, la dilatation était complète; 10 minutes après, expulsion d'un enfant de poids moyen. Rotation spontanée en O D.

Observation VI

Mathes. — Dystocie après vagino-fixation de l'utérus

Femme ayant subi une vagino-fixation de l'utérus. Au niveau du du col, il existait un angle aigu de flexion extrêmement prononcé. Le col était dévié, le cul-de-sac antérieur élevé, tendu, cicatriciel.

Malgré des contractions très douloureuses et prolongées, le col ne se dilata pas, et au bout de 20 minutes de travail, on fit l'opération césarienne suivie de l'hystérectomie abdominale totale. Enfant et mère bien portants. L'auteur fit l'ablation de l'utérus par crainte de voir l'écoulement lochial gêné par la flexion utérine.

Observation VII

Thèse Lautaud. Observation Grynfeltt. — Contractions spasmodiques à la suite d'administration d'ergot de seigle

En 1870, je fus appelé chez M. C... pour voir une de ses pensionnaires, jeune primipare de 22 à 23 ans, forte, robuste, mais très

irritable, en travail depuis la veille, et dont l'accouchement traînait en longueur : Eréthisme nerveux.

Toutes les peines du monde à toucher cette femme : vagin chaud, très hypcresthésié ; on n'atteint que très difficilement le col. Ce dernier, effacé, avait un orifice de dilatation égal à 2 francs, d'une exquise sensibilité, chaud, tendu même, ne supportant qu'avec peine le contact du doigt.

La poche ne bombait pas ; la tête fœtale était engagée, la sage-femme avait administré 2 grammes d'ergot par petits paquets de 0 gr. 50.

Je fis administrer 1/4 de lavement d'eau tiède additionnée de XV gouttes de laudanum et je prescrivis un grand bain tiède de une heure, au sortir duquel on administra un second lavement laudanisé.

Quatre heures après, les choses avaient marché à souhait, les douleurs étaient franches, nettes, espacées par des moments de repos complet. Dans la soirée, l'accouchement se termina spontanément sans aucun incident.

Observation VIII

(Inédite)

Due à l'obligeance du docteur Platon, de Marseille

Mme R..., âgée de 21 ans, vient, en juillet 1902, me prier de présider à ses couches. Elle craint des complications parce que sa mère était... barrée : Je l'examine : Tout est parfait, bassin, présentation, état général et local.

L'accouchement commence le 14 septembre et s'annonce tout d'abord comme devant être normal. Après quatre heures de douleurs vives, la poche des eaux se rompt, l'enfant se poste très bien. La dimension est d'un peu plus de 5 francs A partir de ce moment, inertie utérine presque complète, aucune progression dans la dilatation du col, qui reste mince comme une feuille de papier et rigide. On a la sensation de la possibilité d'une déchirure si on venait à faire des pressions digitales sur ce col de primipare.

Injections chaudes, patience.

Même état à 9 heures du soir, la femme s'agite, la famille se lamente et l'enfant souffre.

A 10 heures du soir, la dilatation a semblé progresser légèrement sous l'effet d'injections très chaudes; elle arrive, à 11 heures, à être comme un fond de verre, le sommet en O I G A n'est pas encore très engagé et il serait facile de le refouler si on voulait pratiquer une version.

A partir de ce moment, les battements du cœur fœtal sont sourds et espacés.

Introduisant lentement, sous chloroforme et avec prudence, une main-guide, je place une première branche du forceps, et après une petite attente, je constate que le col est moins rigide, plus dilatable. Seconde branche, extraction d'une fillette de 3 kil. 100 gr. Légère déchirure du col à gauche. Délivrance normale ; la mensuration des membranes montre que le placenta était bien inséré, puisque le plus petit côté ne mesurait que 6 centimètres de long.

Résumé. — Sommet en O I G A. Placenta bien inséré. Rigidité du col probablement consécutive à une inertie utérine dans laquelle la position du gâteau placentaire a joué un rôle important.

Observation IX

(Personnelle)

Rigidité par défaut de dilatation préalable du col

Marie Z. ., artiste lyrique, âgée de 29 ans, primipare, enceinte de 4 mois 1/2, se présente à la Maternité, souffrant déjà depuis six heures. La malade s'installe sur le lit de travail et M. Madon s'aperçoit qu'une partie de l'œuf fait issue hors des voies génitales. A travers les membranes, et au milieu du liquide amniotique, on perçoit et on voit même le cordon, nullement animé de battements fœtaux. Le col de l'utérus s'est retracté sur l'œuf, le transformant en un véritable sablier.

Les membranes sont percées, la dilatation artificielle faite assez péniblement à la main, un doigt est introduit, deux, quatre, enfin la main tout entière peut amener un pied. Bientôt après est extrait un fœtus macéré, du sexe masculin, du poids de 300 grammes. La délivrance est longue et pénible, le placenta est très volumineux.

Lavage intra-utérin. Suites de couches normales et sortie de la femme huit jours après.

L'interrogatoire de la femme ne nous révèle rien qui puisse expliquer l'avortement. Elle nie toute atteinte antérieure de syphilis et ne porte pas de traces apparentes de cette tare. Cependant, étant donné la profession de la parturiente, l'état de macération du fœtus et le volume du placenta, nous conseillons à cette femme de suivre un traitement approprié, à sa sortie de l'hôpital.

Il s'agit probablement d'un accouchement dans lequel le col ne s'était pas suffisamment dilaté pour laisser passer l'enfant, ainsi que cela se voit souvent dans les avortements.

Observation X

Margoulieff. — *Annales de la Société obstétricale de France,* résumée dans Larrieu (*loco citato*). Rigidité spasmodique héréditaire du col.

Primipare. Présentation du siège. Premières douleurs à 8 heures du soir; dilatation complète à 7 heures du matin. Pas de rupture de la poche des eaux. Chloroforme. Rupture de la poche des eaux à 8 heures 1/2. Col refermé comme une paume de main, à bords durcissant à chaque contraction, puis état stationnaire avec col très dur. Intervention.

Pendant la manœuvre de Mauriceau pour le dégagement de la tête, resserrement du col sur le nez et l'occiput. Chloroforme. Dégagement complet.

Cette rigidité avait été observée dans deux générations antérieures. Grand-mère, trois enfants, incision du col à chaque accouchement; mère, quatre enfants, même anomalie.

Observation XI

Thèse Mlle Lautaud. — Rigidité anatomique du col

Jeanne C..., 19 ans, entrée le 16 mai 1894 à la clinique. Primipare anémique, au faciès bouffi, présentant auparavant des menstrues irrégulières et abondantes. Enfant en O I C A.

Lundi 11 juin, premières douleurs faibles, espacées; le soir, le col gros, non effacé, admet cependant l'extrémité de l'index.

Le mardi matin, commencement d'effacement. Le soir, dilatation à 0,50, le col est toujours épais. Le mercredi matin, la poche des eaux est trouvée intacte, la dilatation est à peine à un franc. Dans l'après-midi, pose du dilatateur de Tarnier, qui tend les lèvres du col transversalement. Enlevé après cinq heures d'application, la dilatation est à peine à deux francs. Le jeudi, la dilatation est au même point, les bords du col sont toujours épais, car les douleurs restent faibles toute la journée. A 10 heures du soir seulement, les douleurs reprennent une nouvelle force. La dilatation reprend aussi sa marche, et à 11 heures elle est à cinq francs. A 1 heure du matin, au moment de la dilatation complète, le col présente un bourrelet assez volumineux. Enfin, à 2 heures du matin, avait lieu la terminaison naturelle de l'accouchement. L'enfant, d'aspect malingre, était mort-né; on n'avait plus perçu les bruits du cœur depuis jeudi soir.

Cette observation nous paraît être un cas assez net de rigidité anatomique; c'était bien là le col épais et non effacé dont parlent les auteurs.

Observation XII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Pamard. — Rigidité anatomique du col

M. Pamard fut appelé en janvier 1889 pour une primipare, en travail depuis la veille et chez laquelle, malgré les douleurs vives et continues, le travail n'avançait pas. Il touche cette femme et trouve un col présentant tous les caractères de la rigidité anatomique. Ce col est épaissi, dur, donnant la sensation du cuir graissé. Des antispasmodiques avaient été donnés sans résultats saillants. La femme s'épuisant, M. Pamard pratiqua trois incisions mouchetures au bistouri d'Astley Cooper, l'une antérieure, deux latérales. Les douleurs reprennent bientôt avec plus de force ; la dilatation commence à marcher à dater de ce moment, et la femme accouche deux heures après.

Observation XIII

(Personnelle)

Infiltration du col

M. L..., 22 ans, primipare, domestique, entrée à la maternité le 20 novembre. Dernières règles le 12 mars. Premiers mouvements actifs aux premiers jours de juillet. Rien de particulier à signaler pendant la grossesse. Enfant en O I G P.

Le 18 décembre, à 10 heures du soir, les premières douleurs se déclarent. Douleurs très vives, fortes et fréquentes d'abord, mais irrégulières. Le col tend à s'effacer, mais tendu, résistant, et l'on ne peut y introduire la pulpe du doigt.

Le 19 au matin, col effacé, mais il est devenu épais, comme infiltré, les lèvres en sont lippues, présentant comme un bourrelet d'œdème. A 11 heures 1/2, dilatation à 0,50; les douleurs sont beaucoup moins fréquentes. A 8 heures, dilatation à cinq francs. A 10 heures, elle atteint une petite paume. Les lèvres du col sont toujours épaisses.

Enfin, à une heure, les contractions reprennent, la dilatation se complète, et à 2 heures, la femme accouche d'un enfant du sexe masculin, du poids de 3 k. 200.

Légère déchirure du périnée, la vulve était légèrement infiltrée.

Suites de couches normales.

Observation XIV

Dr Queirel. — Leçons de clinique obstétricale 1902.

L. E..., 19 ans, perleuse, primipare. Entrée à la Maternité le 3 juin 1902. avec une présentation du sommet en gauche transversale. Orifices ouverts, poche des eaux volumineuse. Plusieurs examens nous ont fait constater que le P. S. P. est de 11 cm, que la tête est retenue au D. S., que la dilatation, malgré des douleurs suivies, ne progresse pas et reste à 2 francs.

Le 6 juin, à une heure du soir, après trois jours d'un travail impuissant à dilater le col, on perce la poche des eaux, espérant

que la tête descendra, et s'appliquant mieux sur l'orifice du col, le dilatera.

Le 7 juin, au matin, la dilatation n'a pas augmenté ; le col, après une nuit de souffrance, est devenu dur et œdémateux, on peut insinuer le doigt entre le col et la présentation, et faire le pourtour de celle-ci, ou plutôt, de la bosse séro-sanguine qui est très saillante. On peut comparer cette manœuvre à la sensation que l'on a quand, faisant un trou dans l'écorce d'une mandarine, on passe l'index entre cette écorce et la pulpe.

La femme est énervée, les contractions sont subsistantes, la température est de 38°, les battements du cœur fœtal sont très perceptibles, mais commencent à avoir un rythme irrégulier. Nous nous décidons pour une opération de Porro.

L'incision porte sur l'insertion placentaire qui se faisait à la face antérieure de l'utérus. Le placenta très vite détaché, nous ouvrons l'œuf et sortons une fille de 3,020 gr., qui était bien en O I G T. Le col est embroché ; nous passons au-dessous de la broche un lien en caoutchouc qui le serre ainsi que la base du ligament large, laissant au-dessus de l'utérus les annexes. Nous sectionnons le tout au niveau de l'orifice interne du col, section absolument exsangue. Cautérisation au thermo de l'orifice interne du col. Suture de la paroi laissant saillir le pédicule au dehors.

Suites de couches parfaites.

Observation XV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Platon, de Marseille

Novembre 1902. Primipare de 35 ans qui ne peut accoucher.

Une sage-femme est auprès d'elle depuis 48 heures, et, d'après cette praticienne, la tête, dans l'excavation depuis le matin, se présente par la face en postérieure (M I D P). Il n'y a plus ou presque plus de douleurs ; la poche des eaux est crevée depuis douze heures ; l'enfant ne souffre pas. Il n'y a pas de température, l'état général est bon.

A l'examen, je constate, en effet, un engagement en face, mais le menton me paraît presque en transversale, je dis me paraît, car la

dilatation n'est pas complète, le col est œdématié, épais, peu extensible, et la sensation à travers le segment inférieur est forcément peu précise. J'essaie cependant de faire tourner la tête par des pressions, selon le procédé de Pinard ; cette tête, dure, résiste et reste immuable.

En présence d'un état général aussi bon, l'enfant ne souffrant pas, je conseille la patience et prie la sage-femme de faire appel à l'action ocytocique des injections vaginales très chaudes.

Le lendemain à 9 heures du matin, l'état était semblable ; aucune progression dans le travail, le col est toujours œdématié et peu extensible, la tête n'a pas tourné. L'enfant souffre depuis le lever du soleil. Malgré des pressions réitérées pour amener une rotation du menton, il est impossible d'obtenir le moindre mouvement. Que faire? Il faut agir cependant. Si la tête était moins enclavée, on pourrait essayer de la refouler et tenter une version dans un utérus vide d'eau depuis de nombreuses heures ; si elle était moins rigidement fixée comme une barre au travers de ce détroit moyen, on pourrait discuter la nécessité, pour sauver la mère et l'enfant, d'une opération de Porro ; mais tout cela est impossible. Quant à la céphalotripsie sur enfant vivant, c'est un acte obstétrical dont je ne chargerai jamais ma conscience. Je me prépare donc à ouvrir la voûte symphysienne ; mais avant, je tente un forceps contraire à toute indication. A ma grande surprise, la tête descend un peu, très lentement, se refusant toujours à accomplir sa rotation; puis, sous l'effort d'une traction plus violente, tout d'un coup, elle se dégage comme s'échappant de la vulve, m'empêchant, dans ma surprise, de pouvoir vérifier le mécanisme de cet accouchement sur prenant d'une face en M I D T. Que s'est-il passé? Je n'en sais rien, Je suis sûr de mon diagnostic, vérifié souvent la veille et le jour même.

En somme : œdème du col ayant permis cependant l'introduction à frottement de la main conductrice et des cuillers du forceps qui, ici, agirent en dilatateurs. Cet œdème était consécutif à cette présentation vicieuse en M I D T.

Observation XVI

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Petit, chef du laboratoire de la clinique obstétricale de Lyon

Rosine Ch..., 37 ans, domestique, primipare. Entre à la salle des Douleurs, le 14 mai, à 7 heures. Les douleurs ont débuté à 2 heures du soir. Poche des eaux non rompue, col effacé non dilaté, tête engagée. Toute la nuit, les douleurs sont excessivement violentes. A 8 h. 45, la malade commence à pousser. On ne sait à ce moment si la dilatation était complète, car il a fallu se montrer le plus possible sobre de toucher, la malade présentant une vaginite granuleuse intense.

A 2 heures du matin, le cuir chevelu paraît à la vulve ; mais à partir de ce moment la progression ne se fait plus, malgré les douleurs et les contractions qui persistent

A 6 heures du matin, les choses en sont encore au même point. Au toucher, on constate que la pointe du sacrum forme, dans le vagin, un obstacle au passage de la tête et se laisse difficilement retropulser ; la lèvre antérieure du col, pincée entre la tête et la symphyse pubienne, donne la sensation d'un bourrelet épaissi par une infiltration considérable. On essaie de la réduire, mais elle reprend sa place aussitôt; les contractions font décider un forceps, mais, vu l'état très satisfaisant de la mère, la régularité et le nombre de bruits du cœur fœtal, on décide d'attendre.

A 9 heures du matin, tout est prêt pour le forceps; après l'application, l'extraction se fait en cinq minutes, suivie d'une hémorragie artérielle très abondante. Dès le début, l'utérus se contracte normalement et l'on découvre bientôt la source de l'hémorragie dans une déchirure de la paroi vaginale du col. Celui-ci, très œdématié, semble avoir subi un tiraillement au cours de l'extraction.

Délivrance normale, le placenta chasse devant lui une énorme poche de sang mélangée de caillots. Après son expulsion, l'hémorragie continue en nappe uniforme, toujours avec le même aspect artériel. On se dispose à faire un tamponnement ou, mieux, une suture des deux lèvres de la déchirure dont le col est le siège;

mais le simple pincement de ces deux lèvres par deux pinces de Museux dans le but d'attirer le col en bas, suffit à arrêter l'hémorragie et rend inutile toute intervention.

Suites de couches excellentes.

Observation XVII

(Personnelle)

Tuméfaction aiguë de la lèvre antérieure du col. — Hémorragie de la délivrance

Marie J..., épouse R..., 37 ans, nonipare, entre à la Maternité le 13 juin 1903, presque au terme de sa grossesse. De ses neuf enfants, sept sont encore vivants et en bonne santé. Deux prématurés sont morts. Grossesse normale sans complication. Tête O I D P.

Les douleurs commencent le 26, à 8 heures du matin, faibles d'abord et espacées ; elles augmentent peu à peu d'intensité pour devenir très fortes et rapprochées à midi. A ce moment, la dilatation est à 5 francs et l'on sent derrière le pubis, sur la ligne médiane un bourrelet œdémateux formé par la lèvre antérieure du col

Nous essayons de réduire ce bourrelet, mais la tumeur revient au même endroit et ne se maintient pas réduite. Cependant, la dilatation progresse et elle est complète à 2 heures, mais la lèvre antérieure s'est encore allongée ; elle fait saillie sous forme de tumeur longue et violacée, sorte de boudin qui fait saillie à la vulve.

A quatre heures du soir, le travail n'a pas avancé ; la femme commence à s'épuiser : une intervention est décidée. La femme est placée sur le lit d'opération, anesthésiée. Une application de forceps dans l'excavation amène un enfant vivant du sexe féminin, du poids de 3 kil. 200.

Quelques moments après, sans manœuvre d'aucune sorte, le placenta apparaît à la vulve. Au moment où se fait cette délivrance, une violente hémorragie se produit. Deux injections d'ergotine sont faites immédiatement, un lavage intra-utérin très chaud ; — un aide maintient l'aorte comprimée pendant que la main gauche malaxe l'utérus. La lèvre antérieure du col ne s'est nullement réduite, elle fait toujours saillie à la vulve. L'utérus reste mou et flasque dès

que la main cesse de le malaxer. Les choses restent en cet état pendant une heure. La plaie utérine saigne encore dès que l'utérus n'est plus serré ou dès qu'on cesse la compression de l'aorte.

Cependant, la lèvre antérieure diminue peu à peu de volume; elle est considérablement réduite à 7 heures du soir. Pendant que la lèvre antérieure diminue de volume, l'utérus revient mieux sur lui-même et se rétracte plus volontiers. Enfin, à 7 heures 1/2, tout est rentré dans l'ordre ; la femme est transportée dans son lit et reçoit 500 grammes de sérum de Hayem.

Les suites de couches furent excellentes ; la femme sort de la Maternité douze jours après.

Observation XVIII

(Personnelle)

Tuméfaction aiguë de la lèvre antérieure du col

Jeanne D..., 22 ans. A accouché il y a un an et demi d'un enfant mort et macéré. Entre aux douleurs le 8 novembre 1903 à 6 heures.

Dilatation à 5 francs. — Col œdématié surtout sur sa lèvre antérieure ; à 8 heures, dilatation à une paume. La poche des eaux bombe fortement à la vulve. — La femme est en contractions presque permanentes. A 9 heures du soir, la poche des eaux se rompt et fait apparaître un pied à la vulve. La malade est amenée alors sur le bord du lit ; notre rôle se borne à maintenir l'enfant sans aider à sa sortie, nous méfiant du *prurigo trahendi*. La sortie de l'enfant est d'une lenteur excessive, malgré les efforts de la mère. Le bassin passe encore assez vite, mais le tronc et les épaules restent un bien long moment avant de franchir la vulve. Le bras antérieur, retenu par dessus la tête de l'enfant, est descendu par devant sa figure. Au moment de faire passer la tête de l'enfant par la manœuvre de Mauriceau, nous nous apercevons que la lèvre antérieure s'est allongée et est devenue plus tuméfiée. Nous essayons de réduire cette lèvre par expression, mais la tumeur se reforme dès que nous cessons. La manœuvre de Mauriceau est effectuée, et l'enfant, une petite fille, née un peu étonnée, est immédiatement ranimée et réchauffée.

Le placenta fait issue presque immédiatement.

L'utérus ne se rétracte pas après la délivrance et reste mou, malgré toutes les malaxations qu'on lui fait subir Une hémorragie sérieuse s'ensuit, qui ne cesse définitivement que lorsque la lèvre antérieure du col s'est réduite d'elle-même, c'est-à-dire une heure après.

Température, 38°5 le lendemain. — Injections intra-utérines. — Suites normales ; la malade sort le 20 novembre.

Observation XIX

Recueillie par M. Estacthy, interne. — Œdème du col

R. J..., 25 ans, domestique, primipare. Entre aux douleurs le 15 février à une heure. Début des douleurs le 14, à 9 heures du soir. Douleurs très fréquentes, presque ininterrompues.

Antécédent : la malade a subi à l'âge de 8 ans une opération pour coxalgie gauche. Bassin faux, obliqué, ovalaire, arrêt dans leur développement des os de la moitié gauche du bassin, fosse iliaque redressée, légère luxation du fémur en arrière.

Le détroit supérieur est très légèrement retréci suivant son diamètre oblique gauche, la symphyse pubienne légèrement déjetée du côté malade. Tête en O I G A.

Dilatations à 2 francs à 2 heures ; — à 5 francs à 6 heures du soir. Lèvres du col légèrement œdématiées. A 10 heures, la dilatation est presque stationnaire ; l'œdème du col a augmenté ; les bords sont épais et durs ; les contractions ont diminué de fréquence et de durée.

Le lendemain matin à 10 heures, la dilatation est complète. La lèvre antérieure est comme prolabée, œdématiée, formant comme un boudin rougeâtre, sans aucune tendance à se réduire.

La femme réclame à grands cris qu'on la délivre, les battements du fœtus paraissant moins bons, une application de forceps est décidée, et sort un enfant d'apparence chétive, du sexe masculin. Deux circulaires autour du cou, sectionnés entre deux pinces.

L'enfant, en état de mort apparente, revient assez vite à lui par des tractions rythmées de la langue. Après la sortie de l'enfant, l'œdème de la lèvre antérieure a disparu.

Léger écoulement sanguin au moment de la délivrance, un quart d'heure après.

Observation XX

Thrombus et sphacèle du col utérin consécutifs à un accouchement. — Magnaux, interne à la Maternité de Tenon. — *In. Arch. de Tocologie*, novembre 1893.

Femme Pz..., lingère, 31 ans, entre à l'hôpital Tenon, le 26 août 1893. Aucun antécédent pathologique. Douze accouchements antérieurs spontanés, six fausses couches à 2 et 3 mois et une à 6 mois 1/2, enceinte pour la 20ᵉ fois, fin novembre 1892.

Le 26 août, elle est prise de douleurs et perd les eaux à 10 heures du soir. On l'amène à l hôpital Tenon. Les douleurs persistent toute la nuit et elle accouche le 27 août, à 9 heures du matin. Le col de l'utérus ne fut jamais complètement effacé ; pendant les efforts d'expulsion, on voyait la lèvre antérieure faire saillie à la vulve sous forme d'une grosseur violacée, œdémateuse.

L'enfant, en O I C A, était très volumineux. — On eut beaucoup de peine à dégager les épaules, surtout l'épaule gauche et antérieure. Poids 5.870 grammes.

L'enfant, violacé, respire mal; on le ranime avec quelques frictions. Il ne remue pas le bras gauche qui, cependant, ne présente pas de fracture.

A l'aide de valves, on examine, le 28 août, le col de l'utérus de la malade. Il présente de chaque côté une déchirure, plus marquée à gauche, où elle remonte jusqu'au cul-de-sac. La lèvre postérieure est mince, noirâtre; elle présente en son milieu une déchirure assez profonde qui isole à droite un lambeau triangulaire, rattaché par un étroit pédicule. La lèvre antérieure a dans la portion vaginale une longueur de 8 centimètres et fait saillie à la vulve. Elle a la forme d'un œuf, est molle, épaisse, violacée. Il s'échappe un peu de sang noirâtre lorsque l'on pique l'une ou l'autre lèvre du col utérin.

Pas de déchirure vaginale, seulement quelques petites ulcérations. La grande lèvre gauche est un peu tuméfiée, rouge, œdématiée. — Injections vaginales au lysol. — Attouchement des surfaces déchirées à la teinture d'iode, pansement à la gaze iodoformée du vagin et du canal cervical.

Au 1ᵉʳ septembre, un sillon de séparation s'est formé avec la lèvre supérieure, presque à la base de cette lèvre. On ramène avec

les pinces un petit lambeau de l'eschare. Il n'y a plus d'œdème des grandes lèvres. — Le 3 septembre, il se détache des deux lèvres du col des lambeaux de tissu. — Les lèvres du col bourgeonnant se détergent et sont en voie de cicatrisation. — Le 5 septembre, on enlève aux ciseaux ce qui reste de l'eschare et de la lèvre antérieure. Les pansements, de plus en plus rares, sont supprimés le 12 septembre. Il ne reste plus de lèvre antérieure du col. La lèvre postérieure est très mince, longue de 1 cent. 1/2. Le corps de l'utérus encore un peu gros. La malade quitte le service le lendemain.

Observation XXI

Gerbaud, *in Thèse Serres* (1896)

Agglutination du col, orifice et canal. — Adhérence des membranes sur le pourtour de l'orifice. — Le mari avait des douleurs à la miction qu'il attribuait galamment à ce que sa femme avait des pertes. — Probablement endométrite cervicale avant la grossesse.

Observation XXII

Thèse Serres (1896)

Primipare de 20 ans, bonne de café, vulvo-vaginite blennorragique. — Oblitération du col. Incision large de 2 cent. 1/2 d'étendue, perpendiculaire. Dilatation avec l'index. Application des forceps sur un siège.

Observation XXIII

Grynfeltt, *in* thèse Mlle Lautaud, 1894. — Agglutination du col

Jeune primipare en travail depuis deux jours; le col, qui s'était effacé lentement et péniblement, résistait à la dilatation par suite de l'encombrement de sa cavité par un tissu filamenteux disposé en trabécules unissant les parois opposées à l'instar des travées fibreuses constituant les aréoles d'un organe creux. La dilatation avait mis deux jours à se faire pour permettre une application de forceps.

Chloroforme. Forceps Enfant vivant. Suites de couches un peu pénibles.

Agglutination probablement consécutive à une endocervicite développée pendant la grossesse sous l'influence de causes restées inconnues, chez une jeune fille chlorotique et dysménorrhéique.

Observation XXIV

Nœsh. *Occluded os at full. Term.Lancet,* 1842

Mahométane multipare, en travail depuis près de vingt-quatre heures. Les eaux avaient coulé goutte à goutte. A l'examen, toute trace de col a disparu, mais une légère rugosité indique la position de l'orifice.

La cicatrice est rapidement perforée, le méconium coule à la rupture des membranes. La femme accouche naturellement le lendemain matin d'un enfant vivant.

Oblitération due probablement à l'introduction d'herbes plus ou moins sales dans le vagin, dans le but de faire avorter la femme.

Observation XXV

H Cheyn. Infiltration purulente du col, *Soc. d'obst. de Paris,* 14 juin 1902

Femme de 26 ans, III-pare. Grossesses normales. Pendant la grossesse actuelle, elle a fait des chutes et a continué à faire son travail très fatigant.

Le 8 juin les membranes se rompent. Ecoulement continu jusqu'au 13 juin, la malade était au repos.

Le 13, elle accouche seule, sans soins, fœtus mort et macéré. Le délivre reste trois heures dans le vagin.

Le 14, maux de tête et douleurs dans le ventre. Elle entre à la clinique le 16. Lochies noires et fétides, dyspnée violente, curage digital et écouvillonnage à 8 heures. A 9 heures frisson et temp. à 40°.

Le 18, dyspnée, col tuméfié, injection au $KmnO^4$ et H^2O^2.

Le 20, frisson, lochies fétides, second curage digital avec écouvillonnage.

Le col toujours gros, la cavité du corps utérin spacieuse.

Le 22, dyspnée extrême, la malade meurt.

A l'autopsie, l'abdomen commence à se putréfier, l'utérus est développé, il a 14 centimètres; l'orifice du col est béant, les lèvres grosses, en ectropion et de couleur verdâtre.

A l'incision, le col hypertrophié est transformé en tissu caverneux, laissant sourdre, à la pression, du pus, mélange de sang altéré.

Observation XXVI

François, de Marseille. — Un cas d'oblitération du col
(*Congrès de Marseille* 1898)

Italienne de 23 ans. Primipare, sans antécédents personnels ou héréditaires. En travail le 23 février depuis 10 heures. Les douleurs, qui se sont succédé rapidement, d'abord toutes les 4 ou 5 minutes, étaient devenues plus fréquentes encore, puis, d'un coup, avaient presque complètement cessé.

L'index, introduit dans la cavité vaginale, arrive sur une saillie donnant la sensation d'une poche des eaux derrière laquelle s'abrite un sommet. Celui-ci est touché, il semble, à travers le segment inférieur de l'utérus très aminci. Pendant les rares contractions, cette saillie se tend et se laisse déformer. Uniformément, les parois utérines paraissent présenter partout la même épaisseur. Le doigt fait le tour de la calotte sans trouver nulle part trace de col, ni relief, ni mamelon. Avant de placer un spéculum, M. le professeur Queirel renouvelle son examen, et au bout d'une ou deux minutes, il sent dans l'axe transversal de la tumeur et un peu en avant, une dépression pour ainsi dire linéaire, longue de 2 cm., et qui fait porter le diagnostic d'oblitération de l'orifice externe du col.

Sous l'anesthésie chloroformique, deux valves placées permettent de contrôler et de vérifier le diagnostic.

L'indication opératoire était nette. Avec un bistouri, M. Queirel refit la boutonnière cervicale et l'obstacle fut vaincu. Mais, à notre grande surprise à tous, ce ne fut pas le liquide amniotique qui s'écoula, mais bien un pus très liquide, assez jaune, qui formait un abcès utérin de 180 à 200 gr., faisant saillir la poche des eaux dans un col tout effacé et dilaté. Immédiatement après, une injection de sublimé à 1/2000 fut pratiquée et la rupture artificielle

des membranes se produisit; celle-ci faite, le liquide amniotique s'écoula normal.

Un enfant très petit fut amené par forceps; il mourut cinq jours après. Suites de couches normales.

Observation XXVII

Rigidité pathologique du col. — Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Platon, de Marseille

Mme D..., âgée de 26 ans, m'est amenée par une sage-femme au mois de juin 1903. Cette jeune femme, enceinte de trois mois et demi, a des hémorragies depuis le début de sa grossesse. Elles ont été d'abord insignifiantes, paraissant la nuit sans douleur. Elles ont été gravatives, et, à l'heure actuelle, cette femme est blanche, décolorée et sans force.

Cette dame a eu deux grossesses antérieures, à terme, sans complications, suivies de deux avortements de trois et quatre mois. A la suite de cet arrêt de parturition, des pertes blanches abondantes se sont établies. Elle a souffert du ventre et a été soignée par un confrère pour une métrite avec poussées aiguës de salpingo-ovarite.

Quand elle vient à ma consultation, l'examen permet de constater l'existence, en effet, d'une grossesse de trois mois et demi, le fœtus est animé de mouvements, perçus depuis trois semaines environ; le ventre est douloureux, tendu; il y a un écoulement jaunâtre, abondant et mal odorant. Pas d'albumine dans les urines, rien au cœur, rien au poumon. Vomissements presque intolérables, constipation.

L'état général n'était pas brillant: le pouls rapide autour de 100 à la minute. Température oscillant entre 37°8 et 38°9. Dès cette première visite, il fallait songer à l'interruption de cette grossesse. Devant une pareille alternative, après avoir rassuré la malade, je lui conseillai de rentrer chez elle et de se soumettre au régime médical que je lui prescrirais, en lui annonçant ma visite pour le lendemain.

Sous l'effet des pilules belladonées, de lavements évacuateurs, légèrement purgatifs, de suppositoires à l'antipyrine, d'injections

chaudes au féminol [1], je trouvai cette jeune femme légèrement mieux à ma visite du lendemain. Cette amélioration persiste deux jours ; le ventre était moins douloureux, la température était abaissée, le pouls moins fréquent ; les vomissements, calmés, permettaient une légère amélioration. Au troisième jour, on me téléphone d'urgence. J'accours et trouve notre malade entourée d'une famille en désolation ; une hémorragie s'était déclarée une heure avant, venant jeter l'alarme. Immédiatement, j'examine la malade. Rien à signaler en dehors de cet écoulement sanguin. Je prescris des injections très chaudes et des suppositoires belladonés, étant peu partisan de l'opium en obstétrique. A midi, l'hémorragie s'était calmée, et le soir, à 7 heures, il n'y avait eu, dans toute l'après-midi qu'un très léger suintement rosé. Je laisse ma malade plus calme et plus confiante, ce fut quelques paroles de consolation.

J'avais mal auguré du futur. A 3 heures du matin, le mari vient me chercher dans un état d'affolement extraordinaire. L'hémorragie a recommencé à 2 heures du matin, et sa femme est en train de se vider, à son dire. Je la trouve, en effet, plus exsangue que jamais, les draps sont souillés de caillots ; il y a des douleurs, l'hémorragie importante nécessite une intervention d'urgence.

Chloroforme à la reine. Le col est fermé, dur, non dilatable. Péniblement je pénètre l'extrémité de l'écarteur de Sims, qui me permet, après quelques minutes, de pénétrer dans le col avec l'index. Ce col est toujours peu extensible, surtout à gauche, où on sent nettement du tissu cicatriciel, reliquat des anciennes grossesses et surtout des avortements et de la métrite consécutive.

Le sang coule abondamment, il faut se hâter. Selon la méthode de Bonnaïre, j'arrive difficilement à faire une dilatation comme une pièce de 1 franc. A travers cette ouverture, je puis passer mon index facilement, pensant pouvoir percer largement les membranes à la Pinard-Puzos ; l'œuf, probablement décollé, se refoule, il est inaccessible. J'introduis un ballon petit modèle de Champetier, et une fois gonflé, j'essaie par traction une dilatation graduelle. Très lentement, après une heure d'attente, j'amène une dilatation comme une pièce de 2 francs. Mon ballon passe à travers, et derrière lui un

[1] Solution antiseptique à base de formol, dont le Dr Platon s'est très bien trouvé.

flot de sang jaillit sur mon assistant et sur moi. Le pouls est médiocre; il faut terminer coûte que coûte, et, tout en discutant avec mes aides de l'intervention à pratiquer (incisions du col, hystérectomie vaginale ou par voie haute), j'introduis une longuepince dans l'utérus, je saisis l'œuf, et quelle n'est pas ma surprise d'attirer au dehors un fœtus de près de 4 mois, enfermé dans ses enveloppes, accompagné de son placenta, entièrement décollé. Un nettoyage de la cavité utérine à la curette mousse, une injection très chaude, pansement intra-utérin à la gaze stérilisée. Tout est terminé. La femme, chaudement couverte, se réveille, blanche et exsangue, mais hors de danger.

En somme : hémorragie des trois premiers mois dans un utérus métritique, peut-être insertion basse du placenta, qui se décolle peu à peu jusqu'à flotter avec l'œuf entier dans la cavité utérine. Rigidité du col consécutive à des lésions cervicales.

Observation XXVIII

Syphilis du col. — Blanc, *Lyon médical*

Tertipare. Femme ayant eu déjà deux accouchements. Au troisième accouchement, la dilatation se fait lentement et sur la face antérieure du vagin, on sent une nappe sclérosée qui s'étend jusque sur le col. Il fallait intervenir. M. Blanc pratique des incisions latérales sur le col et fait ensuite une application de forceps.

Le mari avait présenté des accidents syphilitiques. La femme elle-même présentait des lésions de la lèvre antérieure qui avaient permis d'annoncer une dystocie probable. L'induration a été provoquée par la localisation primitive sur le col.

Observation XXIX

Syphilis du col. Accouchement prématuré. — Puech, *Montp. Méd.* 1/1 1893

Blanche V..., 19 ans, entre au service le 16 novembre 1891, souffrant depuis deux ou trois jours. Dernières règles le 22 avril 1891. Grossesse sans incidents. Ecoulement leucorrhéique abondant dû à une vulvo-vaginite intense. Tête en O I G A. L'orifice du col

admet la pulpe de l'index, mais on sent, tout autour du col, un anneau scléreux, épais, peu douloureux au toucher. Le col est encore plus épais à droite et un peu en arrière; en ce point, le doigt éprouve une résistance plus marquée, comme cartilagineuse. Tout ce que l'on touche du col présente un état d'induration marquée.

L'interrogatoire de la malade montre que l'on a affaire à une syphilitique.

Douleurs pendant toute la nuit du 15 au 16, sans amener aucune modification. La poche des eaux étant intacte et l'enfant vivant, on administre des lavements laudanisés et les douleurs s'espacent de plus en plus. Elles se suppriment dans la journée du 17, pour reprendre plus vives et plus rapprochées le soir, à minuit; rupture spontanée de la poche des eaux.

Le lendemain, malgré la violence des douleurs, la dilatation n'avance que très lentement, l'utérus est tétanisé, la femme très surexcitée. Piqûre de morphine, un gramme de chloral. Bain avec spéculum grillagé. Enfin, à cinq heures, la dilatation semble vouloir marcher plus rapidement, et, à cinq heures quinze, assez brusquement, a lieu l'expulsion d'un enfant vivant du sexe féminin, d'aspect misérable, pesant 1350 grammes. Mis à la couveuse, il succomba le dixième jour. Délivrance et suites de couches normales.

Le douzième jour, la femme est placée dans un service de gynécologie pour y être traitée de sa vulvo-vaginite, et on constate que le col est le siège d'une grande déchirure transversale, remontant jusqu'aux attaches du vagin.

En outre, il existe à la partie droite de la lèvre postérieure, un noyau saillant, induré, probablement accident primitif, encore apparent lorsque la malade est retournée dans le service au mois de mars pour y subir le curettage de l'utérus.

Observation XXX

Dystocie par accidents. Syphilis du col. Dr E. Mesnard, *Arch. de Tocologie*, 1891.

Femme de 32 ans, mariée il y a trois ans. Eut d'abord un avortement à deux mois, devint à nouveau enceinte il y a deux ans, et à la suite de cet accouchement, apparurent les accidents secondaires d'une infection syphilitique grave. Traitement : mercure et iodure.

Dix-huit mois après, Mme X... devint enceinte une troisième fois. Dernières règles, le 7 janvier 1882. Début du travail le 10 novembre à minuit. Col effacé, orifice très haut et en arrière. Sur les bords de l'orifice, des nodosités dures et nombreuses. Dilatation nulle. A une heure de l'après-midi, la tête est engagée, les bords de l'orifice sont accessibles, et l'on perçoit dans leur épaisseur des saillies très dures qui occupent le pourtour de l'orifice, nodosités séparées par de légers étranglements, en grains de chapelet.

A 8 heures du soir, les douleurs sont plus fortes ; la dilatation nulle. A 7 heures du matin, rupture spontanée des membranes. Depuis deux heures, la mère ne sent plus remuer l'enfant. Les linges sont tachés de méconium les battements précipités, la mère épuisée.

A l'aide de longs ciseaux, quatre incisions sont faites sur le col, et l'on pratique, au forceps, l'extraction d'un fœtus en état de mort apparente mais assez vite ranimé. Délivrance 12 minutes après avec hémorragie assez abondante.

Suites de couches : infection. périmétrite guérie au bout de trois mois. Le col, découpé par de multiples échancrures, ne présente, au toucher, aucune induration appréciable.

Observation XXXI

(Résumée)

Fasola

Femme secondipare, devenue syphilitique après le premier accouchement. Grossesse très régulière. Entre en travail le 13 mars 1886. Toutes les complications s'accumulèrent, mais il y eut, en fin de compte, dominant la situation, une rigidité du col infranchissable. La femme resta six jours, sans que l'orifice pût aller au delà de 3 centimètres. Et comme l'enfant, en présentation de l'épaule, était mort et se putréfiait, on tenta l'embryotomie sans y réussir (crochet de Braune) ; puis, après avoir discuté la question de l'opération césarienne, Fasola, d'accord avec le Dr Chiari, se décida à inciser le col et à faire la version. Quelques heures après, l'opérée succombait.

L'examen *post-mortem* démontra que le col offrait des lésions de sclérose avec endartérite syphilitique.

Observation XXXII

Maygrier. — *Semaine médicale*, 21 février 1891.

Secondipare, arrivée au terme de sa grossesse, vient à la consultation, porteur, aux organes génitaux, de plaques muqueuses confluentes ; sur les membres inférieurs, éruption de syphilides papuleuses avec adénopathies inguinales. Au toucher, le col offre une certaine dureté. Traitement approprié.

Début des douleurs. O I G A ; quelques jours après, col non complètement effacé, présentant cependant un début de dilatation. Ce qui frappe, c'est l'épaisseur des rebords du col, et sa consistance indurée que l'on peut suivre sur toute la portion accessible du segment inférieur.

Dilatation stationnaire le lendemain (1 franc). Injections chaudes, puis mise en place de l'écarteur de Tarnier. Ce dernier amène une dilatation progressive, mais lente, on voit s'écouler bientôt du méconium hors de la vulve. Le liquide se teinte ensuite, prend une odeur fétide. Les battements cardiaques s'affaiblissent et le fœtus ne tarde pas à succomber.

M. Demelin pratique la basiotripsie, et l'extraction est assez simple.

Suites normales, sortie de l'opérée en bon état.

Observation XXXIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Petit, chef du laboratoire de clinique obstétricale de Lyon

Rigidité pathologique du col — Opération césarienne

Antoinette A.., 39 ans, V-pare, entre à la clinique de la Charité en octobre 1903.

Réglée à 17 ans et depuis régulièrement. Quatre grossesses antérieures. Les deux premières furent normales, le premier enfant mort à cinq semaines de diarrhée; le second, âgé de 15 ans, est bien portant. Une fausse couche il y a quatre ans, une autre il y a

deux ans ; à la suite de cette dernière, on fit un curettage complété par une cautérisation au thermo.

La grossesse actuelle a évolué d'une façon normale. Les dernières règles remontent au 2 décembre 1902. Les douleurs débutèrent le 6 octobre 1903, à 6 heures du soir, heure à laquelle eut lieu aussi la rupture des membranes.

Les douleurs continuant, et le col ne se dilatant pas, la sage-femme qui assistait la malade fit appeler M. le docteur Fabre, le 9 octobre au soir.

Après examen, M. le professeur Fabre constata que le col était dilaté à 5 centimètres environ. De plus, ce col était rigide et cicatriciel dans la moitié postérieure, à peu près. Il conseille alors, l'enfant étant mort, l'entrée de la malade à la Charité, si le col restait dans le même état. La température était de 38°5.

Le lendemain, la malade arrive à la Charité à 9 heures du matin, conduite par la sage-femme. Température, 37°9. A ce moment, la dilatation du col avait à peine progressé depuis la veille ; il était sensiblement à 5 centimètres. La partie postérieure et latérale gauche était toujours rigide, donnant l'impression d'une cicatrice en forme de diaphragme, occupant le bord latéral gauche, jusqu'à droite, ayant la forme, la résistance et l'épaisseur d'un doigt. — On discute alors l'intervention : basiotripsie et césarienne. — M. Fabre rejeta la basiotripsie parce que la tête, même aplatie par le basiotribe, offrait encore des dimensions trop considérables pour le col, et n'aurait pu être extraite sans causer une rupture du col et du segment inférieur. Le passage des épaules était plus dangereux encore pour les autres parties molles. M. Fabre pratiqua donc une opération césarienne conservatrice, et plaça une mèche utéro vaginale qui fut enlevée le soir.

La température monta le soir à 38°5. On fit un abcès de fixation.

Les suites opératoires furent très bonnes. La malade eut quelques oscillations fébriles au début, mais peu inquiétantes. Ce qui empêcha la sortie fut une albuminurie persistante, que le régime lacté eut grand peine à faire disparaître. — Elle quitta le service le 8 novembre, en très bon état.

L'enfant pesait 2 kilos 950, et le placenta 550 grammes.

Observation XXXIV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Pamard. — Rigidité pathologique consécutive à des cautérisations au fer rouge

Femme de 22 ans, 2-pare. 1° accouchement 4 ans avant. A la suite de cet accouchement, métrite pour laquelle elle a été cautérisée à Toulouse au fer rouge. Grossesse actuelle normale.

M. le docteur Pamard est appelé le 5 avril 1876. Les douleurs ont commencé depuis la veille, douleurs violentes avec de courtes rémittences. Le col est effacé, la dilatation progresse jusqu'à cinq francs, puis reste stationnaire. Le col donne au toucher une sensation de dureté particulière, la lèvre antérieure est irrégulière, déformée, présentant des nodosités saillantes et inextensibles. Pendant toute la journée, malgré les douleurs, le travail n'avance pas et la dilatation reste stationnaire.

Le soir, voyant les choses dans le même état, M. Pamard accroche avec l'index la lèvre antérieure du col inextensible, et pratique sur cette lèvre des tractions assez fortes. Au bout d'un moment, la lèvre cède, et permet bientôt le passage de la tête. L'accouchement se termine rapidement.

Suites de couches normales.

Observation XXXV

Dystocie par rétrécissement du bassin et sclérose cicatricielle du col
Commandeur, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, décembre 1901

En juin dernier, une femme vient me consulter. Elle a un bassin rétréci. A son premier accouchement, après dilatation manuelle, deux tentatives d'application de forceps, on a dû pratiquer la basiotripsie. A la suite de cette opération, elle a eu de l'infection puerpérale avec délire et elle a éliminé une certaine quantité de tissus sphacélés. La suture d'une déchirure périnéale ne tint pas à cause de l'infection locale.

Le petit bassin est généralement rétréci, le P.S. P. est de onze

mois et demi. Je décide d'interrompre la grossesse au huitième mois et de provoquer l'accouchement.

Le 11 juin, j'essaie, pour provoquer le travail, d'introduire une bougie de Krause dans l'utérus. Je me trouve en face d'un col entièrement déformé. Au toucher, on distinguait seulement deux petits bourrelets saillants, dans le vagin, à droite ; à gauche, on ne sentait pas de col : le doigt tombait dans une dépression qui devait être l'origine du col autant qu'on pouvait en juger par l'examen digital. Le spéculum montra qu'il en était bien ainsi et permit d'introduire la bougie.

Le lendemain, la malade eut quelques douleurs. L'augmentation de diamètre de l'ouverture du col était à peine sensible. Le tout resta en état, et, au bout de cinq jours, voyant que le travail ne se déclarait pas, j'essayai d'introduire deux bougies. Cette introduction fut impossible, on distinguait pourtant davantage l'orifice externe du col ; mais, tout autour, on sentait un anneau dur et cicatriciel. La bougie ayant été inefficace, j'essaie d'introduire un petit ballon de Champetier.

La manœuvre est impossible. Je dus recourir à l'introduction d'une tige de laminaire. Au bout de vingt-quatre heures, j'avais une dilatation suffisante pour introduire le petit ballon de Champetier. Cette fois, le travail commença. Au bout de vingt-quatre heures je retirai le ballon. La dilatation du col ne dépassait pas 0,50. Les contractions utérines continuèrent et la poche des eaux se rompit. Bientôt la tête mobile au-dessus du détroit supérieur ne tarda pas à se fixer et le segment inférieur s'assouplit et se forma très bien, mais le col restait à 0,50 c.

M. Fochier essaya alors de la dilatation manuelle. Le tissu cicatriciel, peu haut, céda à la simple pression du doigt et un noyau sauta à gauche. Aussitôt, la dilatation s'accentua et devint suffisante pour une application de forceps. La tête ne descendit pas, malgré les tractions; on dut appliquer des lacs et faire des tractions unilatérales. La tête amenée en transverse put descendre.

L'enfant pesait 2.700 gr. Il n'y eut ni hémorragies, ni complications.

Il est manifeste que la cicatrice était due à un accouchement antérieur, augmentée par l'état même de l'œuf et son insertion sur le segment inférieur.

Observation XXXVI

Boissart et Coudert. Dystocie consécutive à l'amputation haute du col utérin. — Hématome rétro-placentaire. — Basiotripsie. — Société obstétricale, Paris, 19 novembre 1903.

La malade dont il s'agit a subi, il y a cinq ans, une opération de Schrœder pour métrite hypertrophique du col. Le bassin est rétréci. Grossesse de huit mois environ.

Le matin du 29 juillet apparaissent les douleurs, puis subitement l'état s'aggrave. Le col est un peu entr'ouvert par l'hémorragie Les bruits du cœur fœtal ont disparu.

Diagnostic. — Hémorragie rétro-placentaire avec mort de l'enfant. A trois heures, les membranes se rompent. Pas de dilatation. L'orifice du col est limité par un anneau cicatriciel inextensible, de large 1 centimètre.

A 10 heures du soir, essai inutile de dilatation manuelle ; on craint une rupture utérine, injections de morphine ; nuit assez calme, 500 grammes de sérum. A 6 heures du matin, dilatation comme une pièce de 5 francs. Application difficile de l'écarteur Tarnier.

A 10 du matin, on décide de pratiquer une basiotripsie, qui fut très laborieuse. Derrière le placenta, on retire 900 grammes de caillots ; les suites furent normales pendant les quatre premiers jours, puis, pendant sept jours phénomènes infectieux inquiétants ; enfin, la malade guérit.

Il y a donc eu, en dehors des accidents de dystocie, une complication rare ; hémorragie par décollement du placenta normalement inséré.

Observation XXXVII

Rudeaux. Un cas d'amputation de Porro. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 2 février 1900

Femme de 26 ans, tertipare, a subi, en 1896, postérieurement à ses deux premières grossesses (un accouchement à terme, normal, un accouchement prématuré à 6 mois) l'ovariotomie avec ventrofixation et amputation du col.

Arrivé dans le service de M. Ribemont, enceinte de 7 mois 1/2 à 8 mois Hauteur de l'utérus à 40 centimètres, ce qui est dû à de l'hydramnios et à la situation élevée de l'utérus.

Le vagin, très allongé, est transformé à sa partie supérieure en un étroit canal au fond duquel, très haut, au milieu de la troisième lombaire, existe une cicatrice que l'on suppose cacher l'orifice cervical.

Cette femme est en travail depuis onze heures. Devant l'impossibilité de faire la dilatation et la menace d'une rupture utérine, M. Ribemont pratique l'opération de Porro.

Extraction d'un enfant vivant de 2.870 grammes.

La dystocie dans ce cas était complexe. Antéversion exagérée et rigidité cicatricielle consécutive aux interventions antérieures pratiquées sur la femme.

Observation XXXVIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Abelly. — Accouchement après amputation du col

II-pare de 32 ans, atteinte, après son premier accouchement, de métrite puerpérale, métrite à gros col. Opérée par le docteur Chaput, de Paris, qui a pratiqué chez elle l'opération de Schrœder.

La seconde grossesse évolue normalement jusqu'à 3 mois et demi. A ce moment-là, la malade est prise, sans raison aucune, d'hémorragies violentes et continues qui mettent ses jours en danger et décident le docteur Abelly à provoquer l'accouchement La dilatation, commencée avec les bougies de Hégar, est achevée à la main. L'on sent le placenta qui dépasse légèrement les rebords du col. La dilatation se fait assez vite ; l'enfant put être extrait par le forceps, et la délivrance artificielle fut faite bientôt après.

Observation XXXIX

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur Abelly

Primipare de 24 ans, à passé gonococcique assez net, opérée à Marseille, elle ne sait par qui, d'une amputation du col. Appelé par une sage-femme, le docteur Abelly constate une grossesse à terme, mais la dilatation ne se fait pas ; le col présente une zone cicatricielle ligneuse, méat sensible. Des incisions à la Dührssen sont faites, une médiane, deux latérales, incisions pas très profondes. La dilatation s'effectue très vite à dater de ce moment-là, et l'accouchement fut terminé une heure après.

Le docteur Abelly a été frappé de la différence d'aspect des moignons cervicaux chez la malade opérée par M. Chaput, la cicatrice avait un très joli aspect ; la dilatation s'est effectuée très vite. Il n'en a pas été de même dans le second cas, où le Schrœder avait été fait peut-être dans de moins bonnes conditions.

Observation XL

Adhérence du pôle inférieur de l'œuf comme obstacle à la dilatation. Löhlein. Centrlf. gynäk. 1899, p. 529.

II-pare. Présentation du sommet. Neuvième position. Trois ans auparavant, un accouchement au forceps après deux jours de travail. Extraction du placenta adhérent.

Grossesse actuelle régulière. Début du travail le 12 octobre 1898, à 11 heures du matin ; dilatation de l'orifice externe à 2 marks. Tête fœtale mobile au D. S. A 6 h. 20 du soir, même état malgré des douleurs continues, faibles il est vrai, revenant toutes les 3 ou 4 minutes. A l'examen on constate que le pôle inférieur de l'œuf adhère à la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus.

Procédant avec prudence, on libère avec l'extrémité du doigt l'adhérence au niveau de la couche déciduale.

Immédiatement, l'activité des contractions est augmentée, mais seulement de façon passagère. Le 12 octobre au matin, injections

chaudes répétées, plus tard, lavement au chloral. Ces deux moyens restent d'ailleurs sans effet. A 4 h. 55 du soir, l'état étant le même, rupture de la poche des eaux qui donne issue à 150 grammes de liquide amniotique. Aussitôt, contractions énergiques et à 5 h. 42 expulsion d'un enfant du sexe féminin, vigoureux, pesant 3 k 350.

A 6 h. 15, délivrance par le procédé de Schultze. Membranes épaisses avec couche intermédiaire résistante.

Observation XLI

Thèse Gauvry. 1886-87

Primipare, 22 ans, entre le 9 avril 1885 à minuit. Bassin normal. Dernières règles le 14 juillet. Premières douleurs le 9, à 8 heures du matin. Tête engagée en O I G T. Poche des eaux intacte. Col effacé à 0.50. Vaginite granuleuse.

A minuit, injection intra-utérine de 15 minutes à 48°. Grand bain d'une heure; dans la nuit, injections vaginales à 48° chaque deux heures. A 6 heures du matin, dilatation égale à deux francs. A 10 heures, 45 minutes d'irrigation intra-utérine amènent une dilatation à cinq francs; les bords de l'orifice externe sont rigides. Irrigation utérine de demi-heure à 11 heures 30, 1 heure, 3 heures, 4 heures, 8 heures; les bords de l'orifice sont toujours durs. A 10 heures du soir, grand bain d'une heure. A la sortie, dilatation complète; rupture artificielle des membranes et forceps. Suites de couches normales.

Observation XLII

Maisse (1891) *in* thèse Frarier. — Action de la quinine sur l'accouchement

N..., primipare à terme. Début des douleurs le 13 mai 1880, à 3 heures du soir. Le 14, à 2 heures du matin, agitation vive. Les contractions régulières, fortes et fréquentes au début, ont cessé entièrement depuis près de deux heures. Le bassin est bien conformé.

Au toucher, le col utérin offre une dilatation de deux travers de doigt. Les membranes sont rompues. A 3 heures, même état.

Œdème de la lèvre antérieure. On administre alors du sulfate de quinine à 0,10 centigrammes chaque dix minutes. A 4 heures, réveil des contractions A 5 heures, dilatation complète. Forceps. Enfant de 3 kilos.

Suites de couches normales.

Observation XLIII

Westphalen, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1901, p. 1028

Cocaïne dans la pratique des accouchements

Primipare de 22 ans, chez laquelle, en dépit des contractions utérines violentes, presque discontinues depuis douze heures, le col restait aux dimensions d'un mark. Tête fœtale profondément engagée, non volumineuse, orifice externe à bord mince, peut-être un peu rigide au niveau de la muqueuse cervicale.

Présence de plusieurs polypes muqueux à fin pédicule, de la grosseur d'une cerise. Les eaux se sont écoulées, la suture sagittale dirigée transversalement. Contractions extrêmement douloureuses, tétaniques; dans les intervalles, douleurs incisives au-dessus de la symphyse.

Prescription 0,03 centigrammes de cocaïne. Immédiatement, régularisation des contractions ; dans l'intervalle, calme. Terminaison de l'accouchement une heure et quart après l'application cocaïnée.

Observation XLIV

Jacobi. — Electricité faradique dans la rigidité du col

Ances. Journ. of obst. (1886)

Primipare avortant au septième mois, dans un état d'épuisement considérable résultant de douleurs prolongées. L'orifice est rigide, tétanisé. Les moyens usuels pour relâcher la rigidité de l'orifice ont échoué.

Le chloroforme pouvant devenir dangereux (épuisement), il semble à Jacobi que la tétanisation de l'orifice du col était due à l'épuisement du système nerveux de la fibre utérine produisant un spasme analogue à la contraction de la rigidité cadavérique.

Une petite électrode fut appliquée à l'orifice et unie à une batterie faradique, l'autre électrode fut placée dans la main de la patiente. Application : quinze minutes.

Immédiatement après, on peut introduire le doigt dans le canal cervical, et après quelques essais de dilatation manuelle, on peut délivrer par le forceps.

Observation XLV

J. Coen. — Aborto al quinto meze. — Rigidita anatomica della bocca utérina. — Incisioni profonde alla Dührssen. *Rassegna de ostetricia e genecolegia.* 1899.

Primipare de 28 ans au 5e mois de grossesse. Comme il y avait une hémorragie notable et que la femme souffrait beaucoup, que l'avortement ne pouvait se faire complètement à cause de la rigidité du col, et que d'ailleurs, les moyens usuels de dilatation du col utérin étaient impossibles à pratiquer, l'auteur eut recours au procédé des incisions latérales profondes du col, indiquées par Dührssen.

Il fit ensuite une crâniotomie sur le petit fœtus et parvint à l'extraire sans produire de lésions utérines.

La femme guérit en 15 jours.

Observation XLVI

Demelin. — *Ibid.*

Primipare en travail depuis 4 jours. Début de fétidité du liquide amniotique. Dilatation comme la paume de la main. Forceps. Le col resserré. Quatre incisions au ciseau, longues chacune de un centimètre et latérales. Le col se déchire jusqu'au cul-de-sac exclusivement. Déchirure complète du périnée.

Suites de couches excellentes.

Observation XLVII

Demelin. — *Ibid.*

9 septembre 1895. — Tertipare. Bassin généralement rétréci. P. S. P. 10,1. Accouchement spontané déclaré à huit mois et demi, alors qu'on préparait la femme depuis deux jours pour la pose d'un ballon Tarnier, O I G T Membranes rompues prématurément ; tête élevée. Inertie utérine, lenteur de la dilatation.

Au bout de trois jours, dilatation comme une petite paume de main, col épais assez résistant. Le soir, même état. La malade est endormie au chloroforme. Dilatation manuelle du col par le procédé de Bonnaïre, puis forceps au détroit supérieur. Traction légère. La tête descend et tourne en O P.

Suites de couches bonnes.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 Juin 1904.
Le Recteur :
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 Juin 1904.
Le Doyen
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.